

Adeslas Pymes Total

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad.
Póliza de asistencia sanitaria y dental.

Adeslas

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Cláusulas jurídicas (condiciones generales)

1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de primas.	3
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	4
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	6
6. Duración del seguro.	7
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	7
8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	8
9. Instancias de reclamación.	8
10. Comunicaciones y jurisdicción.	9
11. Prescripción.	9
12. Actualización anual de condiciones económicas de la póliza.	10

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (condiciones generales)

1. Definiciones.	11
2. Cartera de servicios con cobertura.	14
3. Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria y Dental.	29
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios.	31
5. Periodos de carencia.	35

1. Cláusula preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del estado español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
2. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (en adelante, la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato.
3. El Tomador y los Asegurados durante la vigencia de la póliza deben tener su domicilio habitual dentro del territorio de España.

2. Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza, la Aseguradora facilitará al Asegurado las siguientes coberturas:

2.1. Asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades y/o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la Cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En todo caso, la Aseguradora asume la cobertura económica de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

2.2. Asistencia dental al Asegurado en los actos y tratamientos de etiología dental relacionados en el Anexo de Actos Dentales, en los que el Asegurado deberá abonar, en su caso, la cantidad a su cargo establecida en el referido Anexo.

En el presente seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria y dental cubierta.

3. Pago de primas

3.1. El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 y 15 de la Ley, está obligado al pago de la prima.

3.2. La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores.

La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

3.4. El Tomador del seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la prima total acordada para el periodo de seguro que reste.

3.5. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

3.6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de prima.

3.7. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.

4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado

4.1. El Tomador del seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si la Aseguradora no le somete al cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

La Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro o Asegurado. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

- b)** Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- c)** Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

d) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro.

Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en la Condición General 5ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo primero de este apartado.

e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

f) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

g) Comunicar a la Aseguradora la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a todos o a alguno de los Asegurados de esta póliza, de acuerdo con los artículos 101 y 106 de la Ley.

h) El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora durante la vigencia del contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. La Aseguradora también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada “a posteriori” por la información médica facilitada por el Asegurado.

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de la Aseguradora y se entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y facilitar una nueva tarjeta al Asegurado, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del seguro y el Asegurado se obligan a devolver a la Aseguradora la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la póliza.

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

4.3. El Tomador del seguro podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5. Otras obligaciones de la Aseguradora

Además de la cobertura económica de la prestación de la asistencia sanitaria, la Aseguradora entregará al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley.

Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza. Dicha tarjeta que dispondrá de una numeración única contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del Asegurado
- Año de nacimiento
- Sexo
- Fecha de alta

6. Duración del seguro

El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de seguro en curso.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por la Aseguradora oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

7. Pérdida de derechos, resolución del contrato

El contrato podrá ser resuelto por la Aseguradora antes de su vencimiento en cualquiera de las situaciones siguientes:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la póliza. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

- b) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

- c) Si el Tomador, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Aseguradora sólo podrá resolver el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.
- d) Cuando el Tomador deje de tener su domicilio habitual en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación causará baja en la póliza.
Cuando uno de los Asegurados deje de vivir de forma habitual en el domicilio identificado en la póliza causará baja en el seguro y el Tomador deberá comunicarlo a la Aseguradora.
Si esta persona desea contratar un nuevo seguro y lo hace antes de que transcurra un mes desde la comunicación citada, la Aseguradora mantendrá los derechos adquiridos siempre que contraten las mismas coberturas.
- e) En el caso de acceder a las coberturas incluidas con modalidad de reembolso de gastos médicos, si no presenta la documentación original cuando sea requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportada no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.
En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

9. Instancias de reclamación

9.1. El Tomador del seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, la Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes contado desde la fecha de presentación de la misma.

9.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

9.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

10. Comunicaciones y jurisdicción

10.1. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirá los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán por correo postal en el domicilio de los mismos recogido en la póliza o bien mediante el canal de comunicación habilitado en el área privada de www.segurcaixaadeslas.es, también se podrán poder a disposición del Tomador de forma electrónica o telemática a la dirección de correo electrónico indicada por el Tomador en la póliza.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

10.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

11. Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

12. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, al vencimiento del período inicial de vigencia de la póliza y en cada eventual renovación anual posterior, podrá:

- a)** Actualizar el importe de la prima.
- b)** Actualizar el importe a cargo del Asegurado correspondiente a los Actos Dentales que se encuentran detallados en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado.
- c)** Actualizar los porcentajes y límites de reembolso de gastos médicos, establecidos en las Coberturas de dicha modalidad.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación y la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando la tarifa de primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones se fundamentarán en los cálculos técnico actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del seguro la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

El Tomador del seguro, al recibir la notificación de estas actualizaciones para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

Asimismo, la Aseguradora pondrá a disposición del Tomador en su área privada www.adeslas.es el importe actualizado correspondiente a los Actos Dentales para la nueva anualidad.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique a la Aseguradora su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el Tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Accidente: la lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Anexo de Actos Dentales: documento integrado en la póliza en el que se describen los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la póliza, así como el importe que, en su caso, deba satisfacer el Asegurado al profesional sanitario o clínica dental concertada que lo realice. Estos importes serán distintos en función del profesional sanitario o clínica dental que lleve a cabo la prestación.

Asegurado: la persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

Aseguradora: SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante la Aseguradora), entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Condiciones Particulares: documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Dental: relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Aseguradora correspondientes a la provincia de contratación de la póliza, con su dirección, teléfono y horario. En tal relación se diferencian los profesionales y/o clínicas dentales en función del tipo de modalidad que aplican al Asegurado por cada servicio odontológico que se le preste, asimismo, se especifican en él, el centro o centros permanentes de urgencia.

Cuadro Médico: relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Aseguradora en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este seguro se consideran Cuadros Médicos de la Aseguradora tanto los de las provincias en las que ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario de Salud: declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

Enfermedad: toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un Médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente: es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

Enfermero: profesional legalmente habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Fecha de vencimiento: es la fecha en que el contrato quedará extinguido por haber transcurrido el plazo convenido en el mismo.

Hospital o Clínica: todo establecimiento, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

Hospitalización: incluye el ingreso (registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas), la cirugía mayor ambulatoria y el hospital de día.

Hospitalización de Día: representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

Implante Quirúrgico: producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.

Intervención Quirúrgica: toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de un quirófano en un hospital.

Medicamentos de terapia avanzada: los medicamentos de terapia avanzada son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular) o tejidos (ingeniería tisular) e incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico.

Médico o Facultativo: Licenciado, Graduado o Doctor en Medicina, legalmente habilitado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Plazo o Periodo de Carencia: intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Póliza: el documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: consiste en cobertura económica de la asistencia sanitaria (descrita en el apartado 2 de las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria) derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima: el precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Siniestro: acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la póliza.

Tarjeta Sanitaria: documento propiedad de la Aseguradora que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

Tomador del Seguro: persona física o jurídica que juntamente con la Aseguradora suscribe este contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que la Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

Urgencia: situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

2. Cartera de servicios con cobertura

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante un informe positivo.

En cada renovación de esta póliza, SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado 3:

2.1. MEDICINA PRIMARIA

- **Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

2.2. URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en el Cuadro Médico de la Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

2.3. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo.**
- **Cardiología.**

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía plástica reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un año después de la cirugía oncológica**, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. **Queda excluida la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología.**
- **Cirugía torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB. **Quedan excluidas en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado.**
- **Endocrinología y nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina interna.**
- **Medicina nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.
- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (**excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva**), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). **Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.**
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO₂.
- **Psicología Clínica: con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios.** Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la Aseguradora. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y fisioterapia,** previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora. Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**) la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (**exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro**) y la rehabilitación cardiaca (**exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro**). En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor y cardiaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**
- **Reumatología.**
- **Traumatología y cirugía ortopédica.** Cirugía artroscópica. **Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.**
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. **Queda excluido el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.**

2.4. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil: comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).

- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.

- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.

- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.

- **Planificación familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.**

- **Prevención del cáncer colorrectal.** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- **Cheques Médicos:** Se incluye en la cobertura de la póliza un reconocimiento médico anual, en los centros concertados con la Aseguradora. Las pruebas incluidas en dicho reconocimiento médico en función de la edad del Asegurado son las siguientes:

CHEQUEO 1 (DE 18 A 30 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Urea) · Colesterol. Prueba de LDL. Triglicéridos · GOT-GPT. Hierro (para mujeres). Orina. 	RX Tórax (según criterio médico).
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. · Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · Colesterol · Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. · Orina. 	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 3 (DESDE 46 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · PSA (Próstata). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. · Urea. · H.D.L. · Fosfatasa alcalina. · Hemorragias ocultas. · Orina. 	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Ecografía Ginecológica.
	Ecografía Prostática.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

2.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

2.5.1. Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología. Quedan excluidas las biopsias líquidas.

2.5.2. Radiología general: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

2.5.3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

2.5.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología diagnóstica y terapéutica:

- Inmunohistoquímica.
- Ergometría, holter (**quedan excluidos los holter implantables**), estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
- Polisomnografía.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret
 - **Quedan excluidas las técnicas bariátricas por endoscopia.**
- Fibroendoscopia nasal y fibrobroncoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.
- Elastografía de transición hepática (fibroscan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, **con exclusión de la enfermedad hepática alcohólica.**
- Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria: incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. **No se incluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica.** Includida la monitorización neurofisiologica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- Tomosíntesis de mama.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner). **Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.**
- Colonografía realizada mediante TAC (**exclusivamente** como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- Coronariografía por TAC: está cubierto **exclusivamente** para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente; en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronarios o de cirugía de by-pass coronario; y en malformaciones del árbol coronario. **No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.**

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- Resonancia Magnética Multiparamétrica.
- Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida, en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.
 - * Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).
- Medicina Nuclear. PET/TAC (Quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco ¹⁸F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y PET/RM (**exclusivamente los realizadas con el radiofármaco ¹⁸F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas**).
- Amniocentesis y Cariotipos.
- Pruebas genéticas: quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, las biopsias líquidas y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

2.5.5. Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

2.6. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado con la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante **excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas**, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. **Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.**

- **Hospitalización obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.

- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en la Cláusula Descriptiva de la Cobertura 2.7 de estas Condiciones Generales.

- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

- **Hospitalización pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**

- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.
- **Hospitalización de Día:** tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

2.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas concertadas con la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un Médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardíaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. **Quedan excluidos los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater.**
- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. **Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.**
- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaxia tras cirugía de cataratas. **Quedan excluidas las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.**
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** reservorios implantables (ports).
- **Implantes reparadores:**
 - Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite **máximo de un año después de la cirugía oncológica**, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
 - Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras orquiectomía **exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular.** Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
- **Implantes neurológicos:** sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos.

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

2.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, **quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.** Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un **máximo de 20 sesiones** por Asegurado y anualidad. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia), excepto a través del módulo de cobertura de reembolsos de gastos 2.11.2 Logopedia y foniatría.**
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**

- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia estero-tóxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exte-rotóxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento. **Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.**

- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), **quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**

- **Litotricia renal.**

- **Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

2.9. TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE ORIGEN HUMANO

El Seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

2.10. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre **exclusivamente** el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. **Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.**

- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.

- **Podología.** **Exclusivamente** tratamientos de quiropodia en consulta. **Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.**

- **Videoconsulta:** servicio de orientación médica a través de videollamada, donde se pueden resolver preguntas de salud relativas a enfermedades, síntomas, tratamientos, medicación, consejos sobre prevención, etc... al que podrá acceder a través de www.adeslas.es.

2.11. COBERTURAS DE REEMBOLSO DE GASTOS:

2.11.1 Rehabilitación, Fisioterapia y Podología

DESCRIPCIÓN

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos (por cada anualidad y persona) que se indican en el siguiente punto, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de los siguientes servicios sanitarios:

• **Rehabilitación y Fisioterapia: incluye**

- Consultas ambulatorias llevadas a cabo por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
- Realización en consulta de procedimientos diagnósticos o terapéuticos por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
- Realización, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - Fisioterapia del aparato locomotor, siempre que las mismas hubieren sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- Fisioterapia para la rehabilitación del suelo pélvico. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieren sido cubiertos previamente por la aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
- **Podología**, incluye **exclusivamente** los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo titulado.

PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES ECONÓMICOS

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por los servicios sanitarios descritos en el apartado anterior será del **cincuenta (50%) del importe** al que ascienda el coste del servicio sanitario cubierto que hubiere recibido por persona y anualidad de seguro y ello con los límites económicos que, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia: 500 euros.**
- **Podología: 200 euros.**

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

2.11.2 Logopedia y foniatría

DESCRIPCIÓN

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional, los servicios sanitarios de Logopedia y Foniatría para el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales. Se incluye también la Logopedia por deglución atípica y el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) para menores de 14 años de edad.

PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES ECONÓMICOS

La referida cobertura comprenderá el **reembolso del 50% con un límite de 500 euros por persona y anualidad de seguro.**

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

2.11.3 Farmacia extrahospitalaria

DESCRIPCIÓN

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, la cobertura de la prestación farmacéutica extrahospitalaria que precisen los Asegurados.

PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES ECONÓMICOS

La referida cobertura comprenderá el **reembolso del 50% con un límite de 200 euros** por persona y anualidad de seguro, de aquellos medicamentos dispensados en farmacias, prescritos por un facultativo y que, en la fecha de su dispensación, se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud y que sean necesarios para los tratamientos o patologías cubiertas por la póliza.

2.12. COBERTURA DE ASISTENCIA DENTAL

La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la asistencia dental correspondiente de entre las incluidas en el Anexo de Actos Dentales que se incorpora en estas condiciones generales.

Dicha asistencia dental se prestará mediante los profesionales y centros sanitarios incluidos en el Cuadro Dental. En el referido Anexo se especifica los importes a abonar por el Asegurado receptor del servicio. Estos importes serán diferentes en función del profesional y/o clínica dental utilizada. Estos actos deberán ser abonados directamente por el Asegurado al prestador sanitario o que hubiere dispensado la asistencia.

Cuando el Asegurado se desplace a una provincia distinta a la de contratación de la póliza deberá solicitar de la Aseguradora el Anexo de Actos Dentales aplicable en dicha provincia. Podrá consultar la relación de actos dentales a través de su área privada www.adeslas.es.

3. Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria y Dental

3.1. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DENTAL:

Quedan excluidos de la cobertura del seguro: cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos expresamente en el Anexo de Actos dentales, así como aquellos servicios dentales para su realización precisen de internamiento hospitalario y/o anestesia general.

3.2. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA:

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura de Asistencia Sanitaria, las siguientes exclusiones:

A) Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente.

Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

B) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

C) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

D) La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

E) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.

F) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que, siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1.E. (Cláusulas Jurídicas).

G) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón.

H) La cirugía robótica directa o asistida (maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador) en todas las especialidades; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

I) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.

J) Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

K) Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de cobertura de implantes y prótesis quirúrgicas.

L) Queda excluida la terapia ocupacional

No obstante, lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D) y E), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

4. Forma de obtener la cobertura de los servicios

La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

4.1. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA:

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: www.adeslas.es/cuadromedico.

La Aseguradora abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza.

4.1.1. La visita domiciliaria de Medicina General y Enfermería, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día.

LA ASEGURADORA SE OBLIGA A DAR COBERTURA ECONÓMICA A ESTA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ CONCERTADO DICHO SERVICIO EN LA ZONA PARA LA QUE SE SOLICITE.

4.1.2. LA ASEGURADORA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO MÉDICO, NI DE LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN O SERVICIOS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.

4.1.3. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal, que la Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4.1.4. Siguiente.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

4.1.4. LA HOSPITALIZACIÓN O LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS QUE, CONFORME A LAS NORMAS DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS QUE FIGURAN EN EL CUADRO MÉDICO EDITADO, PRECISEN DE PRESCRIPCIÓN, DEBERÁ SER ORDENADA POR ESCRITO POR UN MÉDICO DE DICHO CUADRO Y EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA PREVIA CONFORMIDAD DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS, O A TRAVÉS DE LOS CANALES DIGITALES Y/O TELEFÓNICOS QUE EN CADA MOMENTO TENGA HABILITADO PARA ELLO.

SERÁ ASIMISMO REQUISITO IMPRESCINDIBLE PARA OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA ASEGURADORA QUE LA ASISTENCIA SANITARIA A EFECTUAR EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN, VAYA A SER REALIZADA POR UN FACULTATIVO DEL CUADRO MÉDICO DE LA ASEGURADORA Y ESTÉ CUBIERTA POR LA PÓLIZA.

Una vez otorgada la conformidad escrita, la Aseguradora quedará vinculado económicamente. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, PERO EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA ASEGURADORA, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO HOSPITALARIO. Una vez obtenida aquella, la Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del Médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

4.1.5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono a la plataforma de urgencias o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.

4.1.6. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de la Aseguradora conforme a la Cláusula 4.1.4. anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

4.2. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DENTALES

4.2.1. A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia.

4.2.2. Al requerir la prestación de asistencia, el Asegurado debe exhibir el documento identificativo que la Aseguradora le entregará al efecto, y el último recibo de prima.

4.2.3. El Asegurado, para recibir la asistencia dental incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médico los cuales, para determinados servicios, podrán contener un único prestador.

Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

solicitar en las oficinas de la Aseguradora a la entrega del Cuadro Dental actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Dentales provinciales actualizados a través de su web: www.adeslas.es/cuadromedicodental. En dichos Cuadros Dentales se especificará el tipo de modalidad correspondiente al centro o centros permanentes de urgencia.

El Asegurado abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia, a excepción de los Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado, siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza. LA ASEGURADORA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO DENTAL, NI DEL IMPORTE DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.

4.2.4. El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, se establece en el Anexo de Actos dentales con o sin importe a cargo del Asegurado.

4.2.5. Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, **QUEDANDO POR ELLO EXCLUIDAS LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ANESTESIA GENERAL.**

4.2.6. En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.

4.2.7. En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro de la Aseguradora.

El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado. Desde que sean implantadas, las prótesis tendrán un plazo de dos años de garantía contra el desgaste o deterioro que sufran, siempre que sean utilizadas correctamente.

4.2.8. Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudir al centro de urgencia que la Aseguradora tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el Cuadro Dental.

4.3. FORMA DE OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, PODOLOGÍA, LOGOPEDIA Y FONIATRÍA.

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar a través del área privada en la web www.adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b) Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe. Las facturas incluirán:

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

- La identificación completa del emisor (nombre y apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
- Identificación del acto sanitario realizado y la fecha en que se llevó a cabo.
- Identificación (nombre y apellidos) del Asegurado atendido.

c) Original o copia de la prescripción médica en caso de gastos por servicios de fisioterapia, logopedia y foniatría.

No obstante, lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el asegurado en el impreso de solicitud de reembolso.

4.4. FORMA DE OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN FARMACIA EXTRAHOSPITALARIA

Para obtener el reembolso de estos gastos, el Asegurado deberá presentar a través del área privada en la web www.adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente documentación:

a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.

b) Original de la prescripción en la que deberá constar:

- La identidad del facultativo que la extiende, su firma y número de colegiado.
- La identidad del paciente.
- La identificación del producto recetado.

c) Documento acreditativo del pago.

Para la gestión del reembolso la Aseguradora podrá ejercitar el derecho de pedir la información clínica necesaria al Asegurado que justifique la necesidad de la medicación y la concurrencia de las condiciones referidas anteriormente.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud de reembolso.

5. Periodos de carencia

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. **Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:**

Hospitalización

Hospitalización e intervención quirúrgica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, salvo la ligadura de trompas y vasectomía que no se aplicará periodo de carencia.

8 meses

Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

The logo for Adeslas, featuring the word "Adeslas" in a white serif font centered within a blue rounded rectangular background.

Adeslas

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

S.RE.1716.01