Adeslas Plena Extra 150M

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad

Adeslas

Adeslas Plena Extra 150M

Adeslas

Este contrato de seguro comprende de forma inseparable las Cláusulas Jurídicas entre las que se encuentran las Condiciones Comunes o Generales, las Descriptivas de la Cobertura, las Condiciones Particulares, y en su caso las Especiales así como los apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Cláusulas Jurídicas

Condiciones Generales Comunes (CGC)	**3**
1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del seguro.	3
3. Pago de primas.	4
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado.	5
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	7
6. Duración del seguro.	7
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	8
8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	9
9. Instancias de reclamación.	9
10. Comunicaciones y jurisdicción.	10
11. Prescripción.	10
12. Actualización anual de condiciones económicas de la póliza.	11
Condiciones Generales Descriptivas de la cobertura (CGD)	**12**
1. Definiciones.	12
2. Modalidad I. Reembolso de gastos sanitarios.	15
3. Modalida II. Prestación de asistencia saniatria por medio de Cuadros Médicos de la Asegudora.	17
4. Cobertura de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos.	18
5. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos.	31
6. Límites generales.	34
7. Seguro de los recién nacidos.	36
8. Periodos de carencia.	37

1. Cláusula preliminar

1.1. 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.

1.2. 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.

1.3. El Tomador durante la vigencia de la póliza deberá tener su residencia habitual en España. Este requisito es aplicable también a los Asegurados.

2. Objeto del seguro

Este seguro de enfermedad es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico de la Aseguradora, mediante el cual la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según el apartado de "Coberturas de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos" (Condiciones Generales Descriptivas 4ª) de este Condicionado General en los términos que la póliza determina.

El seguro ofrece la cobertura, pues, en dos modalidades:

a) MODALIDAD I. REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS. Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria a Médicos y/o centros ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en Condiciones Especiales.

b) MODALIDAD II. PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA. El Asegurado tiene derecho a recibir la asistencia cubierta por la póliza de los Médicos y centros concertados que figuran en los Cuadros de la Aseguradora. El pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la Aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado, debiendo el Asegurado utilizar para retribuir elacto médico el medio de pago que la Compañía le indique.

En esta modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico y la asistencia se prestará de acuerdo con el apartado "Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de la Aseguradora" (Condiciones Generales Descriptivas 3ª) de estas Condiciones Generales.

En adelante, siempre y cuando se mencione que la Aseguradora se hará cargo de una cobertura, se entenderá que en la Modalidad II (Modalidad de Prestación de Asistencia Sanitaria) se hace cargo directamente la Aseguradora y en el caso de la Modalidad I (Reembolso de Gastos), el Asegurado abonará el importe del gasto y la Aseguradora reembolsará dentro de los límites del producto contratado, recogidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

3. Pago de primas

3.1. El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 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. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de prima.

3.6. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador, la parte de prima anual no consumida del periodo del seguro en curso, 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 el apartado "Periodos de carencia" (Condiciones Generales Descriptivas 8ª) de estas Condiciones Generales.

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 las coberturas y 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 que ésta 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 domicilio de Asegurado que figura en la póliza, 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.

Se considera uso indebido o fraudulento la utilización de la tarjeta sanitaria durante el período en que la cobertura esté en suspenso.

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
- 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 cuando se trate del Tomador y dos meses cuando se trate 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

Con independencia de lo que antecede, el seguro se extinguirá para un Asegurado en concreto, y aunque la póliza continúe vigente para los restantes:

a) En la fecha en que traslade su residencia habitual al extranjero, o en todo caso cumpla nueve meses de residencia dentro de la anualidad del seguro fuera de España.

b) 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.

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 incluidas 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 residencia habitual en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación será éste quien causará baja en la póliza.

e) Si el Asegurado al utilizar la cobertura de reembolso de gastos no presentase la documentación original si fuese requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportadas 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 de contrato de seguro.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del seguro o al Asegurado, se realizarán:

- Mediante correo electrónico cuando el Tomador o el Asegurado hayan indicado su dirección de correo electrónico en la contratación de la póliza o con posterioridad a través de comunicación, alta en el área privada o en la página web de Adeslas.
- Cuando no se disponga de dirección de correo electrónico por correo postal al domicilio recogido en la póliza.

En cualquier caso, las comunicaciones que la Entidad Aseguradora envíe a los Tomadores y Asegurados se incorporarán al área privada accesible a través del www.adeslas.es dónde se podrán consultar en cualquier momento.

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.

12. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

a) Actualizar el importe de las primas.

b) Actualizar la franquicia, así como los porcentajes y límites de reembolso de gastos médicos, establecidos en las coberturas de dicha Modalidad.

c) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos al que se refieren en el apartado "Objeto de seguro" (Condiciones Generales Comunes 2ª) y en el apartado "Modalidad I. Reembolso de Gastos sanitarios" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) de este Condicionado.

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 a que se refiere el apartado "Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado" (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de estas Condiciones Generales 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; en el incremento del coste de las asistencias sanitarias y su necesaria adaptación por innovaciones tecnológicas de nueva aparición o utilización posterior a la perfección del contrato; en el aumento de la frecuencia de la siniestralidad de las diferentes coberturas de la póliza y/o en la edad alcanzada por cada asegurado. Los incrementos de prima podrán ser ajenos al IPC general.

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 de primas y/o copagos 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.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, si el Tomador no comunica a la Aseguradora su voluntad de ponerle termino 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.

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

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

Asistencias que precisan autorización previa: se hace referencia a ellos en la Modalidad II de esta póliza y están especificados en los Cuadros Médicos de la Aseguradora.

Atención sanitaria en régimen ambulatorio (no incluye el ingreso hospitalario y el hospital de día médico y quirúrgico): comprende la cirugía menor ambulatoria (procedimientos quirúrgicos sencillos realizados bajo anestesia local), así como actuaciones diagnósticas o terapéuticas invasivas que no requieren ningún tipo de hospitalización ni cuidados posteriores especiales.

Autorización: documento emitido por nosotros, que debe obtener la persona Asegurada para la cobertura económica de determinadas asistencias sanitarias cubiertas por la póliza.

Condiciones Especiales: documento integrante de la póliza en el que se especifica la suma asegurada y límites cuantitativos de la garantía de reembolso de gastos.

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

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 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, diagnosticada por un Médico y no provocada 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.

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.

Franquicia: cantidad a abonar por el Asegurado en concepto de participación del mismo en el coste de la asistencia sanitaria cubierta por la póliza. Esta cantidad deberá abonarse a la Aseguradora previamente para obtener la correspondiente autorización para la asistencia sanitaria en cuestión.

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 Facultativo o Médico especialista y que requiere normalmente la utilización de un quirófano en un hospital.

Límites establecidos en Condiciones Especiales: son las cantidades máximas que la Aseguradora se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

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.

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 "Cobertura de asistencia sanitaria" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) 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.

Proceso médico: es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso.

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

Suma asegurada: es la cantidad máxima de indemnización que la Aseguradora pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de seguro completa.

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 las asistencias cubiertas 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 clínica que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo, pero obliga a una atención sanitaria inmediata.

Urgencia vital: situación clínica en la que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan presumible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

2. Modalidad I. Reembolso de gastos sanitarios

2.1. Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y asistencias sanitarias que incluye la cobertura según el apartado "Coberturas de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos" y "Exclusiones comunes de la asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos" (Condiciones Generales Descriptivas 4ª y 5ª) de estas Condiciones Generales y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, la Aseguradora reembolsará al Asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las Condiciones Especiales de este seguro.

2.2. 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) Fotocopia de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.

   Las facturas incluirán:

   - Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
   - Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).

c) Fotocopia de las prescripciones médicas en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otras asistencias.

d) En caso de hospitalización, fotocopia del informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

e) Para la cobertura de cirugía robótica deberá aportarse adicionalmente informe médico específico que haga referencia al cumplimiento por parte del Asegurado de las indicaciones clínicas que dan derecho a esta cobertura y a las que se refiere el apartado "Coberturas accesorias" (Condiciones Generales Descriptivas 4.10) de estas Condiciones Generales.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de la anterior documentación.

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a la Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales Médicos y especialistas designados por la Aseguradora, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del contrato seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo Médico que atienda al paciente.

Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a la Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el estado español. Si los documentos aportados se encontrasen redactados en los idiomas inglés y/o francés, el Asegurado podrá quedar eximido de aportar su correspondiente traducción al castellano si solicita de la Aseguradora que sea ésta quien proceda a su traducción. En tal supuesto, el Asegurado acepta la traducción así realizada por la Aseguradora.

2.3. La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por la Aseguradora.

Aunque la Aseguradora abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente a la Aseguradora de acuerdo con los límites establecidos en Condiciones Especiales.

3. Modalidad II. Prestación de asistencia sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de la Aseguradora

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

3.1. 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 de la asistencia. Será obligación del Asegurado utilizar las asistencias de los proveedores 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 concurran todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza.

3.2. 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. El uso adecuado de esta assitencia requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos.

La Aseguradora se obliga a dar cobertura económica a esta prestación de asistencia sanitaria, siempre y cuando ésta esté concertada en la zona para la que se solicite.

3.3. La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de Médicos o Profesionales Sanitarios ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de hospitalización o asistencias que los mismos pudieran prescribir.

3.4. Por cada una de las asistencias sanitarias recibidas 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 dichas asistencias, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

3.5. La hospitalización o la prestación de aquellas asistencias sanitarias que, conforme a las normas de utilización de asistencias sanitarias que figuran en el Cuadro Médico editado, precisen de prescripción, deberán ser ordenadas por escrito por un Médico o Facultativo 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 Médico o 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.

3.6. Para recibir una asistencia 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.

3.7. 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 lo estipulado anteriormente, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

3.8. Para las prestaciones de Cirugía Robótica deberá realizarse previamente el pago del importe de la franquicia estipulada, mediante transferencia bancaría a la Aseguradora.

4. Coberturas de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos

Las especialidades, prestaciones sanitarias y coberturas accesorias cubiertas 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 "Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos" (Condiciones Generales Descriptivas 5ª).

Para todas las coberturas que se relacionan a continuación, que requieran prescripción médica, la misma deberá de realizarse previamente por los Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora para la modalidad de asistencia sanitaria a través Cuadro Médico concertado, y para el caso de asistencia sanitaria a través de reembolso de gastos médicos deberá ser prescrita por un Médico o Facultativo y estar cubierta por la póliza.

4.1. MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General. Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio.

- Pediatría y puericultura. Para niños menores de catorce años.

- Enfermería. Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

4.2. 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.

4.3. ESPECIALIDADES

La Aseguradora garantiza la cobertura económica de las asistencias sanitarias realizadas en consultas médicas o en régimen de hospitalización, según proceda a criterio de un Médico, en el caso de la Modalidad II de asistencia sanitaria deberán realizarse por Médicos del Cuadro Médico de la Aseguradora y en la Modalidad I de Reembolso de Gastos por Médicos ajenos al Cuadro Médico de la Aseguradora, en las siguientes especialidades:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes.

- 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.

- Cirugía cardiovascular.

- Cirugía general y del aparato digestivo. Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado por Facultativos, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m^2, o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.

- Cirugía maxilo-facial. Se excluyen 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. **Se excluye 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. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.**

- Cirugía torácica.

- Dermatología médico quirúrgica. Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB, **se excluye su empleo en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).**

- Endocrinología y nutrición.

- Geriatría.

- Hematología y hemoterapia.

- Inmunología.

- Medicina interna.

- Medicina nuclear.

- Nefrología.

- Neonatología.

- Neumología.

- Neurocirugía. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.

- Neurofisiología clínica.

- Neurología.

- Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PlGF), **exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.**

- Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la primera limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.

- 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 ambos casos el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). **Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).**

- Oncología médica y radioterápica.

- Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO_2.

- Psicología Clínica: con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos de la conducta alimentaria. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría u oncología 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 Médico o 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)** únicamente 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 sea a cargo de la Aseguradora)** y la rehabilitación cardíaca **(exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro).** En régimen de hospitalización quedará cubierta **únicamente** la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardíaca 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. **Se excluyen 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 ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**

- Reumatología.

- Traumatología y cirugía ortopédica. Cirugía artroscópica. Se excluye expresamente la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.

- Urología. Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. **Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.**

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- 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.

- 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.

- 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).

- 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). **Se excluye 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.

- Prevención diabetes: consulta y exploración por Médico especialista así como determinación de la glucemia basal y en caso necesario hemoglobina glicosilada.

- 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.

4.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

4.5.1. Análisis clínicos, Anatomía patológica y Citopatología. Se excluyen las Biopsias Líquidas.

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

4.5.3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ecografías.

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

- Inmunohistoquímica.
- Ergometría, holter **(se excluyen los holter implantables)**, estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
- Polisomnografía.
- 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.
  - **Se excluyen 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, **se excluye 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. **Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica.** Incluida 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: **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 coronario 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.**
- 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 ^{18}F-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 ^{18}F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas). Se da cobertura al SPECT TAC.**
- 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** para casos de 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.

Se excluyen expresamente de la cobertura de la póliza, 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, los test genéticos de disbiosis y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

4.5.5. 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 Médicos o 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.

4.6. 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 la Aseguradora.

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. **Se excluye la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.**

- 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.

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

- 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 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 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 sesenta días por cada anualidad de seguro.

- 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 el apartado de "Implantes y prótesis quirúrgicas" (Condiciones Generales Descriptivas 2.7.) de estas Condiciones Generales.

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

4.7. 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. **Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcateter.** Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos **exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.**

- Digestivos: endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal **exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.**

- Implantes neurológicos: sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.

- Implantes otorrinolaringológicos: tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

- Implantes reparadores:

- Prótesis mamaria y expansores cutáneos, incluyendo mallas biologicas de recubrimiento mamario 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.

- Oftalmológicos: lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. **Se excluyen las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.**

- 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.**

- Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios implantables (ports).

- 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.

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.

4.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

La cobertura de la asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos también incluye los siguientes tratamientos que, en todos los casos, ha de prescribir un Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora, en el caso de la Modalidad II de asistencia sanitaria y para la Modadlidad I de Reembolso de Gastos por un Médico ajeno a nuestro Cuadro Médico, que tenga a su cargo la asistencia de la persona asegurada, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza:

- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.

- Laserterapia. Incluye fotocoagulación en oftalmología **(se excluye el láser femtosegundo en cirugía de cataratas)**, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculoesquelética, 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. **Se excluyen expresamente todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**

- Litotricia renal.

- Logopedia y foniatría. Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, **se excluyen 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. Se excluye el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**

- Nucleotomía percutánea.

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

- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

- 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). **Se excluyen los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**

- 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).

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

- Trasfusiones de sangre y/o plasma.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por Médicos o 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.

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

El seguro incluye **únicamente** 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.

Se excluyen otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo se excluyen 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.

4.10. COBERTURAS ACCESORIAS

Las coberturas de la Modalidad II de asistencia sanitaria y Modalidad I de Reembolso de Gastos Médicos también conllevan:

- 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 Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. **Se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.**

- Cirugía Robótica en ginecología: queda incluida la cirugía robótica para cáncer del cuerpo uterino, cáncer de endometrio, cáncer de cervix y endometriosis **exclusivamente de Grado IV o severas** (lesiones extensas con múltiples adherencias y afectación de otros órganos), en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en ginecología del Cuadro Médico de la Aseguradora.
- El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 6.000 euros.**
- La autorización previa emitida por la Aseguradora.

- Cirugía Robótica en cirugía torácica: queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente para lobectomía pulmonar, segmentectomía pulmonar,** en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en Cirugía Torácica del Cuadro Médico de la Aseguradora.
- El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 8.000 euros.**
- La autorización previa emitida por la Aseguradora.

- Cirugía Robótica en urología: queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente** para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en urología del Cuadro Médico.
- El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 6.000 euros.**
- La autorización previa emitida por la Aseguradora

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones:

· En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado, o localmente avanzado y de riesgo bajo-intermedio;

2. PSA menor o igual a 20 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
3. Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2); Grado ISUP 1-2-3/ Gleason menor o igual 7.
4. Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
5. Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.

· En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal **exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor.**

- 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 proceso del parto.

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

5. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos

Exclusiones de la cobertura de asistencia sanitaria aplicables a las Modalidades I – II

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que se indican en el apartado "Cobertura de asistencia sanitaria y reembolso de gastos médicos" (Condiciones Generales Descriptivas 4ª) de estas Condiciones Generales, serán de aplicación a toda la cobertura de asistencia sanitaria, las siguientes exclusiones:

A. 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. Se excluyen 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, se excluyen 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.

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 al apartado “Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado” (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de estas Condiciones Generales.

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.

H. La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado “Coberturas accesorias” (Condiciones Generales Descriptivas 4.10), ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizados mediante 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; 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. Se excluyen las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Ademas, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.

J. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.

K. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

L. Todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de "Implantes y prótesis quirúrgicas" (Condiciones Generales Descriptivas 4.7.) de estas Condiciones Generales.

M. La terapia ocupacional.

N. Los gastos por viaje y desplazamientos.

O. El Reembolso de gastos de la asistencia sanitaria no quirúrgica prestada por el cónyuge del Asegurado o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y J), 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.

6. Límites generales

La Aseguradora asume las obligaciones que recogen los apartados "Modalidad I" y "Modalidad II" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª y 3ª) dentro de los límites que se establecen a continuación:

6.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO MODALIDAD I

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en el apartado "Modalidad I. Reembolso de gastos sanitarios" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª), pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España. **Están excluidos de esta modalidad de seguro todos los profesionales y centros concertados que figuran en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual la Aseguradora otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.**

6.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO MODALIDAD II

La prestación de asistencia sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de la Aseguradora, se realizará **exclusivamente dentro de España.** En esta Modalidad II **se excluye expresamente el pago mediante el reembolso de gastos previsto en la Modalidad I,** siendo preceptivo el pago de las asistencias con talón de asistencia o cualquier otro medio de pago establecido por la Aseguradora, de acuerdo con el apartado "Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de la Aseguradora" (Condiciones Generales Descriptivas 3ª) de estas Condiciones Generales.

6.3. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

Para la aplicación de las garantías incluidas en la Modalidad I, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de la Aseguradora a la mayor brevedad posible y en todo caso **dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido,** conforme dispone el artículo 16 de la Ley.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización **deberá comunicarlo dentro de los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia, sin perjuicio de lo establecido en la Ley.**

A efectos de las garantías que comprende la Modalidad II, se entenderá comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de asistencia según lo previsto en la póliza.

6.4. LÍMITES CUANTITATIVOS

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la Modalidad II, es decir mediante los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno.

De utilizar el Asegurado alguna de las garantías que comprende la Modalidad I de Reembolso de gastos, se aplicarán los siguientes límites cuantitativos:

A) SUMA ASEGURADA ANUAL. La suma asegurada vendrá establecida en las Condiciones Especiales. Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante el periodo comprendido entre la fecha de efecto y de vencimiento indicado en Condiciones Particulares. Alcanzado el límite de la suma asegurada se entenderán finalizadas las obligaciones de la Aseguradora en la Modalidad I (Reembolso), hasta una nueva anualidad de seguro en el caso de su renovación.

En caso de que se produzcan altas de Asegurados con posterioridad al inicio de la anualidad del seguro en curso, la suma asegurada será proporcional a la fracción de año contratada.

También se aplicará la proporcionalidad si se produce la baja de algún Asegurado antes del vencimiento del período del seguro en curso.

B) LÍMITES PARCIALES. Son los límites establecidos en Condiciones Especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas que la Aseguradora reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifican. Sólo computarán y se aplicarán a la Modalidad I de Reembolso de gastos.

Asimismo, en el caso de varias intervenciones por la misma vía de abordaje, se indemnizará sólo la de mayor importe.

Si transcurridas 24 horas de la intervención, se requiriese una nueva, aunque tenga el mismo origen, se considerará como nueva intervención a los efectos de la indemnización.

6.5. MEDIOS SANITARIOS AJENOS A LA ASEGURADORA

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los Cuadros Médicos de la Aseguradora, ésta no asume otras obligaciones que las citadas en en el apartado “Modalidad I. Reembolso de gastos sanitarios” (Condiciones Generales Descriptivas 2ª), según las Condiciones Especiales.

6.6. UTILIZACIÓN COMBINADA DE AMBAS MODALIDADES

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra Modalidad para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos de la Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de sus Cuadros Médicos que intervengan en el proceso.

En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del Asegurado, en su totalidad, serán asumidos por la Aseguradora con arreglo a las previsiones de la Modalidad I de Reembolso de Gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en Condiciones Especiales.

Para la cobertura de cirugía robótica no resultará posible la utilización combinada de ambas modalidades.

7. Seguro de los recién nacidos

Los recién nacidos podrán ser Asegurados de acuerdo con el apartado "Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado" (Condiciones Generales Comunes 4ª) y tendrán la cobertura especificada en la póliza.

En cuanto a enfermedades congénitas, a pesar de que con carácter general está excluida la cobertura de enfermedades congénitas, de acuerdo con el apartado "Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria" (Condiciones Generales Descriptivas 5ª), cuando se trate de recién nacidos hijos de madre Asegurada en la póliza desde al menos diez meses antes del nacimiento y que hayan sido dados de alta en la póliza 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 el nacimiento, la Aseguradora otorgará la siguiente cobertura:

- Estará cubierta dentro de la Modalidad II la Asistencia Sanitaria que precise el recién nacido como consecuencia de enfermedades congénitas.
- Estará cubierta dentro de la Modalidad I de Reembolso de Gastos la asistencia sanitaria que precise como consecuencia de enfermedades congénitas sólo durante el primer año de vida y en todo caso hasta el límite indicado en Condiciones Especiales.

8. Periodos de carencia

Todas las coberturas 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:**

Medios de Diagnóstico	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	**3 meses**
Medios de diagnóstico intervencionista.	**6 meses**
Hospitalización	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	**3 meses**
Ligadura de trompas y vasectomía.	**6 meses**
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	**8 meses**
Coste de implantes quirúrgicos y prótesis.	**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.	
Tratamientos Especiales	
Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	**3 meses**
Nucleotomía percutánea.	**3 meses**
Laserterapia cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, 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.	**8 meses**
Tratamiento del dolor.	**8 meses**
Diálisis.	**8 meses**
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	**8 meses**
Litotricia renal.	**8 meses**
Quimioterapia y oncología radioterápica.	**8 meses**



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.424.16