

# Adeslas **Básico**

Seguro de enfermedad.  
Póliza de asistencia sanitaria.

| **condiciones generales** |

# 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.

## Índice

### **CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales) 3**

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. Documentación a facilitar por el Asegurador.	5
6. Duración del Seguro.	5
7. Pérdida de derechos, rescisión del contrato.	6
8. Tratamiento de datos de carácter personal.	6
9. Estado y autoridad de control del asegurador.	7
10. Instancias de reclamación.	7
11. Comunicaciones y jurisdicción.	7
12. Prescripción.	8
13. Actualización anual de condiciones económicas de la Póliza.	8

### **CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (condiciones generales) 9**

1. Definiciones.	9
2. Cartera de servicios con cobertura.	11
3. Exclusiones.	13
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios.	14
5. Periodos de carencia.	15

### 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 del Ministerio de Economía y Hacienda.

2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

### 2) Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y franquicias que en cada caso corresponda, La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), así como la realización de las pruebas diagnósticas que se relacionan en la indicada cláusula, asumiendo el Asegurador su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación. En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria.

### 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, el Asegurador quedará liberado 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, el Asegurador 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 al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

**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 al Asegurador.

## 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 el Asegurador 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.

El Asegurador 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 al Asegurador, 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 el Asegurador 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, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

**b)** Comunicar a La Aseguradora, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por La Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

**c)** Comunicar a La Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

**d)** 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 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

**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) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador 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 el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. El Asegurador 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 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 al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, La Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del 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.

El Asegurador 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) Documentación a facilitar por el Asegurador

La Aseguradora entregará al Tomador las condiciones generales y particulares de la Póliza. Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta que dispondrá de numeración única contendrá los siguientes datos:

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

En el momento de suscribir la Póliza, La Aseguradora también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado por La Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del Tomador y/o 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.

## 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 antelación no inferior a dos meses a la fecha de la conclusión del periodo de Seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a La Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar

el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

## 7) Pérdida de derechos, rescisión del contrato

7.1. El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud. El Asegurador 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 al Asegurador, 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 el Asegurador 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 o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican a La Aseguradora y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).

c) 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).

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).

7.2. 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 rescindir 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. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la Prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a La Aseguradora la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de Prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

Si la Prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

## 8) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios incluidos en esta Póliza, así como otros incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por la Aseguradora con el fin de mantener y dar cumplimiento al suscrito y financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo. El Tomador declara que los datos personales de los asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el expreso consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.

El Tomador asimismo manifiesta que ha obtenido de todos los asegurados su consentimiento para que la Aseguradora incorpore, a ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros, pudiendo cederlos a entidades colaboradoras (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en

régimen de reaseguro y/o coaseguro), con la única finalidad de gestionar el seguro contratado, así como, su caso, girar al tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.

El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26.

## 9) Estado y autoridad de control del asegurador

El control de la actividad del asegurador corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

## 10) Instancias de reclamación

**10.1.** El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los rechohábientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador 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 habilitada para tal fin.

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 dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

**10.2.** 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 dos meses 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.

**10.3.** 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.

## 11) Comunicaciones y jurisdicción

**11.1.** 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, surtirán 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 en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

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.

11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

## 12) Prescripción

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

## 13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza

La Aseguradora, anualmente, podrá:

a) Actualizar el importe de las Primas.

b) Actualizar el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere la Condición General 4.1. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

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 la Condición General 4.2. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) 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 de Primas y franquicias se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial 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.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas y/o franquicias 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 al Asegurador su voluntad en tal sentido.



### 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:** La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro.

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

**A.T.S./D.U.E.:** Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

**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.

**Condiciones Particulares:** Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

**Cuestionario de Salud:** Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador 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.

**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.

**Franquicia:** Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador para colaborar en la cobertura económica de cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en su Póliza. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, puede ser actualizada anualmente.

**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.

**Hospitalización:** Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

**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.

**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.

**Médico o Facultativo:** Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado 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 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.

**Servicio a domicilio:** Asistencia previa prescripción de un facultativo de La Aseguradora cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido a trasladarse a la consulta médica.

**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 del Asegurador 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, 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 siguientes:

### 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. ESPECIALIDADES

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas intraconsulta de las siguientes especialidades:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesiología y Reanimación.**
- **Angiología y Cirugía Vascolar.**
- **Aparato Digestivo.** Queda excluida la cápsula endoscópica.
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilo-Facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.**
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**

- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo.
- Odonto-Estomatología. Incluye limpiezas de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica.
- Oncología médica y radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psicología Clínica: Con un máximo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y Fisioterapia. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora. **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**
- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.

## 2.3. 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.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios.

## 2.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Los medios de diagnóstico que a continuación se relacionan, en todos los casos, han de ser prescritos por Médicos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

### 2.4.1. Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.

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

**2.4.3. Otros medios de diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

## 2.4.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos.
- Resonancia magnética y TAC (Scanner).
- 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, y en malformaciones del árbol coronario, **no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening**).
- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también 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. **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 y cualesquiera otra técnica genética o de biología molecular.**

## 2.5. OTROS SERVICIOS

- **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 seis sesiones por año.**

## 3) Exclusiones

Junto con las citadas anteriormente en el epígrafe “Cartera de servicios con Cobertura” quedan excluidos en las coberturas del seguro:

- A) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- B) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- C) 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.

- D) La asistencia sanitaria que precise ingreso en un centro hospitalario tanto en régimen ambulatorio como en régimen de internamiento. Así como la asistencia sanitaria en régimen de hospital de día.
- E) Las intervenciones quirúrgicas, diagnósticas y/o terapéuticas.
- F) Los actos terapéuticos excepto los realizados por especialistas en rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia y odonto-estomatología con el alcance que se describe en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).
- G) La asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios.
- H) Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, la polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), la radioterapia y la quimioterapia.
- I) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase.
- J) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- K) 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.
- L) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- M) En psiquiatría y psicoterapia; psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- N) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
- Ñ) Los gastos de transporte del Asegurado al centro sanitario y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia.
- O) Asistencia al parto y cesárea.
- P) 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.

## 4) Forma de obtener la cobertura de los servicios

Las garantías cubiertas por la presente Póliza se facilitarán exclusivamente a través de los centros sanitarios, facultativos, otro personal sanitario, y profesionales incluidos en el Cuadro Médico de La Aseguradora.

El acceso a las coberturas se realizará de la siguiente manera:

4.1. El Asegurado podrá acudir libremente a cualquiera de los proveedores concertados sin más requisitos que la previa exhibición de su tarjeta sanitaria y la firma del correspondiente

justificante de la asistencia recibida, una de cuyas copias le será entregada como comprobante. Si el profesional que atiende al Asegurado ordenase la realización a éste de pruebas diagnósticas de alta tecnología (TAC, resonancia magnética, inmunohistoquímica, ergometría, holter, medicina nuclear, pruebas genéticas, amniocentesis y cariotipos) y/o fibroendoscopia, el Asegurado deberá presentar la correspondiente prescripción en las oficinas de La Aseguradora para obtener su conformidad y la emisión de la autorización.

El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia recibida.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, La Aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Cláusula 13ª (Cláusulas Jurídicas).

**4.2.** La visita domiciliaria de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día. Cuando reciba dicha asistencia deberá presentar su tarjeta sanitaria y firmar el correspondiente justificante de la asistencia recibida, una de cuyas copias le será entregada como comprobante. **Esta cobertura se facilitará exclusivamente en el domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, y únicamente en las zonas geográficas donde La Aseguradora tenga concertado tal servicio. Cualquier cambio de domicilio deberá notificarse al asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en el mismo.**

## 5) Periodos de carencia

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:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses

*El Tomador*

*El Asegurador*



Nº PÓLIZA

atención 24 h

902 200 200 - [www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

# Adeslas

S.RE.365/06

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A28011864  
y con domicilio social en calle de Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España), inscrita en el R.M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492.