

Adeslas

Seguro de Salud

| condiciones generales |



**MUTUASALUD GLOBAL Y
GLOBAL PLUS (AS-7)**

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

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

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que suscribe el contrato, y al que le corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza, deban de ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Modalidad Acto Médico: Tipo de seguro definido por tener contratado un cuadro médico múltiple con varios médicos por especialidad de libre elección.

Plazo de carencia: Período de tiempo durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

Prima: Es el precio del seguro e incluye los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

Accidente: Se entiende por accidente la lesión corporal objetivamente comprobable producida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.

Enfermedad preexistente: Alteración del estado de salud que cause sintomatología antes de la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado.

Franquicia: Importe de los gastos médicos, de hospitalización o de servicios incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, corre a cargo del propio Asegurado y que no son objeto de reembolso por la Aseguradora.

Suma Asegurada: Límite máximo anual fijado en cada garantía a pagar por la Aseguradora.

ARTÍCULO 2. OBJETO DEL SEGURO

2.1. RIESGOS CUBIERTOS

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, **la Aseguradora asume el reembolso de una parte, o en su caso, la asunción total de los gastos** derivados de la asistencia médica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en el Anexo de Servicios indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrito a los límites detallados en dicho Anexo así como en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de las presentes condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

2.2. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

a. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por la Aseguradora en Condiciones Particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento.

- b. 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 nuclear o contaminación nuclear, así como los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- c. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura.
- d. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
- e. La Asistencia Sanitaria derivada de procesos crónicos o abusos del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo del Asegurado.
- f. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- g. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza). También queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas.
- h. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También está excluido el tratamiento de la esterilidad y las técnicas de fecundación asistida.
- i. La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos.
- j. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza).
- k. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como los ingresos hospitalarios derivados de procesos terminales.
- l. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en el Anexo de Servicios de la Póliza. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y órgano a trasplantar.

m. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares.

n. Los estudios de carácter genético.

o. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria salvo que se especifique lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

p. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con la Aseguradora.

q. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta.

r. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

3.1. Prestación de los servicios por parte de facultativos o centros sanitarios recomendados.

En el caso de un siniestro cubierto por la presente póliza utilizando los servicios asistenciales recomendados por la Aseguradora deberán cumplirse las siguientes normas:

El Asegurado podrá acudir libremente a las consultas de los médicos especialistas y centros sanitarios que formen parte del cuadro médico de la Aseguradora, debiendo presentar la tarjeta magnética de Asegurado contra la visita o cualquier otro acto profesional.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en la ciudad que se indica en las Condiciones Particulares o en las que dispongan de cuadros médicos concertados. Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato y detallados en el anexo de servicios de la póliza, éste será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado de entre los indicados en el Cuadro Médico de la póliza.

Para requerir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente que la Aseguradora tiene establecido y cuya dirección figura en la documentación facilitada al Asegurado.

El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en las capitales de provincia y en aquellas poblaciones en las que la Entidad preste dicho servicio. La Entidad se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la póliza, y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

El Asegurado deberá identificarse como tal mediante su tarjeta de salud al servicio Asistencial médico y/u hospitalario recomendado y en ningún caso abonará cantidad alguna por los servicios realizados.

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte de la Aseguradora. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Si requerirán autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos y los medios de diagnóstico especiales detallados en el Anexo de Servicios de la póliza.

La autorización expresa previa por parte de la Aseguradora deberá ser ordenada por un médico de la Entidad y por escrito. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente a la Entidad, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. En los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la Entidad; pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la Entidad dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso.

En este último supuesto, la Entidad 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.

3.2. Prestación de los servicios por parte de facultativos o centros sanitarios no recomendados (Reembolso de Gastos).

En el caso de un siniestro cubierto por la presente póliza bajo la modalidad de reembolso de gastos deberán cumplirse las siguientes normas:

1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los siguientes plazos:

(a) En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los cinco días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar el internamiento hospitalario.

(b) En el caso de intervención quirúrgica o el internamiento hospitalario programados, dentro de los siete días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

(c) Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a la Aseguradora informe médico en el que se especifiquen el diagnóstico y naturaleza de las enfermedades, así como en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste. Además el Asegurado necesitará autorización previa del Asegurador para la realización de cualquier servicio. Sin dicha autorización el Asegurador no se hará cargo de ninguna de las facturas presentadas por el Tomador o Asegurado.

3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a la Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

4. El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por la Aseguradora visiten al Asegurado tantas veces como la Aseguradora lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que la Aseguradora considere necesaria sobre su estado de salud.

5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia a la Aseguradora con indicación del periodo de duración del internamiento.

6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora la siguiente documentación:

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. Justificación del pago de las facturas por parte del Asegurado.

d. Fotocopia de las prescripciones médicas en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.

e. Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución.

f. Informe de alta médica u hospitalaria.

g. 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.

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 de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo Médico que atiende 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.

7. 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.

El incumplimiento de las normas establecidas será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.

ARTÍCULO 4. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (“SegurCaixa Adeslas”) con NIF A28011864 y domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid.

SegurCaixa Adeslas ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpd@segurcaixaadeslas.es, o por escrito a la sede social con la referencia “Delegado de Protección de Datos”.

2. Finalidad del tratamiento de datos personales

TRATAMIENTOS OBLIGATORIOS

SegurCaixa Adeslas, en su condición de Aseguradora, trata datos personales, de manera automatizada y no automatizada, de distintos colectivos de afectados (Tomadores, Asegurados, beneficiarios, terceros, en adelante todos ellos interesados) con la finalidad de dar cumplimiento a las pólizas de seguro emitidas y sus obligaciones legales como entidad aseguradora. Esto incluye, entre otros, tratamientos como la gestión de siniestros, abono de prestaciones, y otros tratamientos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora y cálculo de prima, entre otros.

Asimismo, para llevar a cabo las actualizaciones económicas de la póliza la Aseguradora podrá tratar los datos, tanto del Tomador como de los Asegurados incluidos en la póliza, bien proporcionados por éstos o, en su caso, por aquel, como datos sociodemográficos procedentes de fuentes públicas, así como los obtenidos con ocasión del desarrollo de la relación de seguro.

Antes de formalizar cualquier póliza de seguros se solicitarán una serie de datos personales que serán tratados con la finalidad de realizar una simulación de la misma. El resultado de esta simulación dependerá de las condiciones personales de los Asegurados y del producto o productos que deseen contratar y será realizado conforme a criterios de técnica actuarial. Para realizar esta simulación es necesario llevar a cabo un perfilado utilizando para ello, tanto los datos que nos facilite como datos obtenidos de fuentes públicas, a fin de que el cálculo resulte lo más ajustado posible a la situación personal del interesado.

Los datos personales recabados por SegurCaixa Adeslas también podrán ser utilizados para la realización de encuestas de calidad, extracción de estadísticas y/o estudios de mercado.

Adicionalmente SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos personales para dar cumplimiento a cualquier obligación legal que le incumba, específicamente obligaciones relacionadas con la regulación del mercado de seguros, los mercados financieros, la normativa mercantil y tributaria o la regulación de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, entre otras.

En particular, resulta obligatorio adoptar medidas efectivas para, prevenir, impedir, identificar, detectar, informar y remediar conductas fraudulentas relativas a seguros. Para ello SegurCaixa Adeslas podrá tratar los datos de sus clientes, potenciales clientes o de terceros, incluyendo datos especialmente protegidos y datos obtenidos de fuentes públicas o datos que los propios interesados hayan hecho públicos, especialmente aquellos que puedan encontrarse en redes sociales.

TRATAMIENTOS VOLUNTARIOS

También se podrán realizar otros tratamientos de datos personales que no responden a la necesidad de ejecutar un contrato o cumplir con una obligación legal y a los que el interesado podrá oponerse.

Así, siempre y cuando el interesado no se oponga y mantenga algún tipo de relación directa con SegurCaixa Adeslas, podrá recibir, por cualquier canal de comunicación, incluidos medios electrónicos, información sobre ofertas o promociones relativas a los productos contratados y sobre otros comercializados por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para ello, se podrán analizar sus datos personales a fin de elaborar un perfil con los mismos que permita que dichas comunicaciones se ajusten todo lo posible a sus necesidades y preferencias. En este análisis se podrán tener en cuenta datos demográficos y de productos contratados con SegurCaixa Adeslas.

Asimismo, y en caso de que el interesado hubiese prestado específicamente el consentimiento, se podrán comunicar sus datos a la entidad financiera CaixaBank, S.A., con NIF A08663619 y domicilio en carrer Pintor Sorolla, 2-4 46002 València, y a las empresas del Grupo “la Caixa”, cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirle, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales de los clientes serán conservados mientras permanezca vigente la relación contractual con el objetivo de dar cumplimiento a las finalidades ya descritas. Una vez finalice la relación contractual estos datos serán bloqueados durante el periodo en el que puedan ser necesarios para el ejercicio o la defensa en el marco de acciones administrativas o judiciales y solo podrán ser desbloqueados y tratados de nuevo por este motivo. Superado este periodo los datos serán cancelados.

Los datos personales de terceros recabados con ocasión de la gestión de un siniestro serán conservados en tanto dure dicha gestión. Una vez finalizada la misma serán bloqueados durante el periodo que resulte necesario para atender a posibles reclamaciones derivadas del siniestro. Superado este periodo los datos serán cancelados.

3. Destinatarios de los datos personales (cesiones de datos)

SegurCaixa Adeslas trata los datos personales de los interesados con la debida confidencialidad no realizando cesiones de datos a terceros salvo las indicadas a continuación y para las siguientes finalidades:

- Cumplir con los términos de las pólizas de seguro, a través de prestadores de servicios relacionados con las coberturas del seguro, entidades de seguros, reaseguro y/o coaseguro u otras entidades colaboradoras (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos), con la única finalidad de gestionar el contrato de seguro, atender, en su caso, los siniestros, así como a través de entidades financieras para girar al tomador el recibo correspondiente a la prima u otros pagos que le corresponda realizar derivados del contrato de seguro.
- Cumplir con obligaciones legales con Administraciones, Autoridades y Organismos Públicos, incluidos Juzgados y Tribunales, cuando así lo exija la normativa reguladora del Mercado de Seguros, financiera, fiscal o cualquier otra aplicable a SegurCaixa Adeslas.

- Cumplir con el consentimiento prestado específicamente por el interesado para facilitar sus datos a CaixaBank, S.A. y las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad indicada en el apartado de tratamientos voluntarios del epígrafe 2. "Finalidad de tratamiento de datos personales".

También podrán tener acceso a datos personales los proveedores de servicios con los que SegurCaixa Adeslas mantenga una relación contractual y tengan la condición de encargados de tratamiento.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en los casos y con el alcance que establezca la normativa aplicable en cada momento.

También tiene derecho a retirar el consentimiento a los tratamientos voluntarios si lo hubiera prestado y/u oponerse a recibir comunicaciones comerciales.

Para ejercer estos derechos podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas por alguno de los siguientes canales:

- Correo postal adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente dirigido a: "Tramitación Derechos de Privacidad" en el Paseo de la Castellana 259C - 6ª Planta – Torre de Cristal, 28046 Madrid.
- Dirigiéndose presencialmente a cualquiera de las delegaciones de SegurCaixa Adeslas.

Se le informa, asimismo, de su derecho a presentar una reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si tiene cualquier duda en relación con el ejercicio de sus derechos puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de SegurCaixa Adeslas. Encontrará los datos y canales de contacto en el apartado 1. "Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos".

5. Origen de los datos

Los datos de los interesados pueden ser facilitados a SegurCaixa Adeslas por el propio interesado o el tomador de la póliza de seguro en cualquier momento de la relación (pre-contratual y contractual) con SegurCaixa Adeslas con las finalidades que se describen en el apartado 2. "Finalidad del tratamiento de datos personales". Además, en el marco de la gestión de las pólizas suscritas y, en su caso, la atención de siniestros, se pueden recibir datos personales de los tomadores, asegurados y terceros, incluso a través de las entidades prestadores de los servicios objeto de cobertura por las pólizas (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos).

El interesado será responsable de la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados a SegurCaixa Adeslas quien se reserva el derecho de rectificar o suprimir los datos falsos o incorrectos sin perjuicio de tomar otras acciones legales oportunas en cada caso. Cuando los datos facilitados correspondan a un tercero, el interesado tendrá la obligación de informar y obtener el consentimiento del tercero sobre los tratamientos descritos en el presente texto.

Como ya se ha indicado, se tratan también datos obtenidos de fuentes públicas de Organismos Oficiales con la finalidad de complementar la información facilitada por el interesado durante el proceso de contratación del seguro.

También, como ya se ha indicado, se podrán tratar datos hechos públicos por los interesados con la finalidad de adoptar las medidas que sean necesarias para prevenir conductas fraudulentas relativas a seguros. En particular SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos obtenidos de perfiles públicos en redes sociales de los interesados con esta finalidad.

ARTÍCULO 5. FRANQUICIA

Con carácter general, la Aseguradora reembolsará únicamente el porcentaje que figura en el Anexo de Servicios de la póliza indicado en las Condiciones Particulares de la misma, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado como consecuencia de la asistencia médica y/u hospitalaria contemplada en el Anexo de Servicios de la Póliza, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

No obstante, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados por la Aseguradora, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo de la Aseguradora, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y deberá presentar su Tarjeta de Salud. Igualmente, vendrá obligado a exhibir el último recibo de prima satisfecha y su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.

ARTÍCULO 6. PERÍODOS DE CARENCIA

1. Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma la Aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.
2. Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:
 - a. Los servicios detallados en el apartado "Medios de Diagnóstico" del Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de tres meses a excepción de los servicios de Radiología y Analítica simple.
 - b. Todos los tratamientos terapéuticos detallados en la descripción de la cobertura de la póliza que se encuentra en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.
 - c. Cualquier tipo de asistencia durante el embarazo presentará un periodo de carencia de doce meses.
 - d. Los servicios detallados dentro del apartado del Anexo de Servicios de la Póliza de Medicina Preventiva tendrán un periodo de carencia de seis meses.

- e. Las hospitalizaciones en centros sanitarios tendrán un periodo de carencia de seis meses con excepción de la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos en cuyo caso el periodo de carencia será de diez meses y la hospitalización por parto o cesárea donde el periodo de carencia será de doce meses.
- f. Las Prótesis cubiertas por la póliza y descritas en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.
- g. Los Trasplantes cubiertos por la póliza y descritos en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de doce meses.
- 3. De forma excepcional, en casos de urgencia vital (situación aguda que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del paciente de forma inminente) y de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato.
- 4. Podrán establecerse períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.
- 5. En aquellas pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los Asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la póliza se excluirá de los mismos todos aquellos procesos en curso que tenga el Asegurado.

ARTÍCULO 7. DURACIÓN

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

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

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

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.

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.

La cobertura de servicios no prestados por facultativos o en centros sanitarios no recomendados por la Aseguradora se extinguirá en el momento en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.

ARTÍCULO 8. REEMBOLSO

En el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las consecuencias previstas en las Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, la Aseguradora pagará, a través del medio de pago que se establezca, al Tomador del Seguro o al Asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, la Aseguradora, en el plazo de QUINCE días laborables, deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir a la Aseguradora las facturas de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, la Aseguradora no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a reembolsar por la Aseguradora se realizará en euros al cambio oficial comprador de mercado de divisas que, en la fecha de abono por el

Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.

En el caso de un recién nacido se garantiza el reembolso parcial por parte de la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad. Si los gastos citados fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en el Anexo de Servicios de la Póliza. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la Póliza de recién nacido. Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Entidad.

ARTÍCULO 9. PAGO DE PRIMAS

1. El Tomador del seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.
2. La primera prima será exigible 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 en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
4. La Aseguradora sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes autorizados.

ARTÍCULO 10. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

1. Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo y aportar toda la documentación que se le requiera para tal fin.

Quedará exonerado de tal deber si la Aseguradora no le somete al cuestionario alguno o, aun cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
3. Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las altas, el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
4. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos 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 éste de toda prestación derivada del siniestro.

5. Facilitar la subrogación que a favor de la Aseguradora establecen los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado.

ARTÍCULO 11. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Además de prestar la asistencia asegurada, la Aseguradora deberá entregar al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente la Aseguradora editará una Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, y con las direcciones y horarios de consulta de los Proveedores de Servicios Sanitarios concertados.

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

ARTÍCULO 12. OTRAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

1. Si el tomador del seguro o el Asegurado hubieran incurrido en reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, la Aseguradora podrá rescindir el contrato; si el siniestro sobreviene antes de dicha rescisión, la prestación se reducirá proporcionalmente.
2. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima la Aseguradora quedará liberado de su obligación.
3. La Aseguradora quedará liberado del pago de la prestación en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

ARTÍCULO 13. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS, GARANTÍAS Y PRESTACIONES

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- Actualizar el importe de las Primas.
- Actualizar el importe correspondiente al copago o participación del Asegurado en el coste de los servicios.
- Actualizar el importe de las Franquicias.

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

Estas actualizaciones de Primas, copagos 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.

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, copagos y 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 a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

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

ARTÍCULO 14. PERITAJE

En caso de discrepancia en la evaluación del siniestro la Aseguradora deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que la Aseguradora pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de la indemnización, la Aseguradora deberá pagar la suma convenida. Si no se lograse el acuerdo dentro del plazo de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a acuerdo, se reflejará en una acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán de común acuerdo un tercer Perito, y de no existir éste, la designación se hará por el Juez de primera instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Aseguradora, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable. Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, la Aseguradora deberá abonar el importe mínimo referido en los apartados anteriores, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

En el supuesto de que por demora de la Aseguradora en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto legalmente y que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para la Aseguradora y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

ARTÍCULO 15. PRESCRIPCIÓN

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

ARTÍCULO 16. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

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

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán 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.

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

ARTÍCULO 17. 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.

ARTÍCULO 18. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y CONTRATACIÓN A DISTANCIA

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

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.

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.

Si el contrato de seguro se hubiere realizado por una técnica de comunicación a distancia y el Tomador fuese una persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura dentro del plazo de catorce días contados desde la fecha de celebración del contrato.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el tomador mediante comunicación escrita y firmada, que permita dejar constancia de la comunicación, dirigida al domicilio social, Departamento de Producción, con indicación del número inicialmente asignado para la póliza.

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DENTAL

DEFINICIONES

Franquicia: Importe a abonar por el Asegurado como participación en el coste del servicio efectuado de acuerdo con la tabla baremo vigente.

OBJETO DEL SEGURO

Riesgos Cubiertos. Dentro de los límites y condiciones estipulados por la garantía y mediante aplicación de la prima, la Aseguradora proporcionará al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontología.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios.

Riesgos Excluidos. Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria quedando además excluidos de la cobertura de la presente garantía los tratamientos de cirugía máxilo-facial, odontología estética y la ortodoncia a mayores de 15 años.

PERIODO DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de la garantía asuma la Aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor de la garantía. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones en las que el Asegurado tenga una franquicia a su cargo que tendrán un período de carencia de SEIS MESES. El período de carencia para tener derecho a las prestaciones de prostodoncia, implantología y ortodoncia, será de DIEZ MESES.

DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del Seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento.

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

Durante la asistencia del Asegurado y hasta su curación, la Aseguradora no podrá rescindir la garantía.

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia se prestará de acuerdo con las siguientes normas:

1. Por los servicios odontológicos indicados por la Entidad en el Cuadro Médico Dental.
2. En los tratamientos alternativos decidirá el Asegurado de entre los que figuran en la Tabla Baremo vigente.
3. Será necesaria la aceptación del Asegurado del tratamiento y del presupuesto efectuado por el odontólogo de la Entidad, abonando la franquicia correspondiente a su participación en el coste de los servicios indicado en la Tabla Baremo Vigente y con antelación a la prestación del servicio.
4. A petición del Asegurado y siempre antes de la utilización del servicio se podrá solicitar la devolución de la franquicia abonada.
5. Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año por desgastes o deterioro siempre que se haya efectuado una correcta utilización.
6. El siniestro se entiende comunicado al solicitar el Asegurado la prestación del servicio.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

A.- MEDICINA PRIMARIA

En el caso de que los servicios no sean prestados por médicos de la Entidad que figuren en la Guía de Servicios de la póliza, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios.

- **Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- **Pediatría y Puericultura.** Asistencia de niños menores de 16 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Servicio de Enfermería.** Previa prescripción de un facultativo.

B.- SERVICIOS DE URGENCIA

En el caso de que los servicios no sean prestados por médicos o centros de la Entidad que figuren en la Guía de Servicios de la póliza, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios.

- **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros médicos y en caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia (Medicina General y/o servicio de Enfermería), de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.
- **Asistencia Permanente de Urgencia a Desplazados en España.**
- **Asistencia Permanente de Urgencia en el Extranjero hasta un límite de 12.000 € anuales.** Ver detalle de esta garantía complementaria en las Condiciones Generales de la Póliza.
- **Ambulancia.** Se prestará en caso de necesidad urgente y justificada para el traslado e ingreso del enfermo a una clínica de urgencias. La distancia máxima a cargo de la Entidad, comprendida ida y vuelta, será de 300 kilómetros, corriendo por cuenta del Asegurado el exceso de kilometraje, así como el regreso del enfermo a su domicilio.

C.- ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Incluye la atención en consultorio y en centro sanitario de visitas, pruebas de diagnóstico, actos terapéuticos e intervenciones comprendidas en las especialidades descritas. En el caso de que los servicios no sean prestados por médicos de la Entidad que figuren en la Guía de Servicios de la póliza, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios.

- **Alergología.** Incluidas las autovacunas.
- **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestесias prescritas por médicos para intervenciones quirúrgicas cubiertas por la póliza.
- **Anatomía Patológica.**
- **Angiología y Cirugía Vascular.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Máxilo-Facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.** Incluida la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical. Está excluida la cirugía con fines estéticos.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología medico-quirúrgica y venereología.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos y la cirugía de MOHS.
- **Endocrinología y Nutrición.**

- **Estomatología-Odontología.** Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas, radiografías y limpieza de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica.
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina del Deporte**
- **Medicina Interna.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Incluye la vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste en todo tipo de partos, auxiliado por Matrona.
- **Oftalmología.** Incluye la fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado.
- **Oncología Médica.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, y terapias tanto de grupo como individuales.
- **Radiología.** Incluida la Radiología de carácter Intervencionista.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- **Urología.**

D.- MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las Pruebas de Diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico. Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura de los Medios de Diagnóstico. En el caso de que los servicios no sean prestados por médicos o centros de la Entidad que figuren en la Guía de Servicios de la póliza, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios.

- **Medios de Diagnóstico Básicos.** Comprende los siguientes servicios:
 - Análisis Clínicos. Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica y Citopatología; y las pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades de carácter oncológico.
 - Radiología Simple.
- **Otros Medios de Diagnóstico.** Periodo de Carencia de TRES MESES. Comprende los siguientes servicios:
 - **Radiodiagnóstico.** Incluye las técnicas habituales como Angiografía, Arteriografía Digital, Densitometría Ósea, Ecografías, Mamografía, y Radiología no Intervencionista.
 - **Medicina Nuclear.** Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
 - **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).**
 - **Tomografías:**
 - Tomografía Axial Computerizada (TAC/SCANNER).
 - Tomografía por Emisión de Positrones (PET). Exclusivamente para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama y Aparato digestivo.
 - Tomografía por Múltiples Detectores (DMD). Exclusivamente para patologías del sistema vascular.
 - Endoscopias, incluida la técnica de la cápsula endoscópica.
 - Diagnóstico cardiológico. Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler y Hemodinámica.

- Neurofisiología Clínica. Electroencefalografía y Electromiografía.
- Triple Screening, Amniocentesis, Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo.
- Polisomnografía. Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.

E.- MEDICINA PREVENTIVA

Deberán ser solicitados por médicos y en el caso de que los servicios no sean prestados por facultativos o centros designados por la Entidad, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

- **Obstetricia y Ginecología:**
 - **Chequeo Ginecológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y termografía mamaria, si procede.
- **Urología:**
 - **Chequeo Urológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vesicoprostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal si procede.
- **Pediatría:**
 - **Programa de salud infantil** que comprende los exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabopatías, audiometría, test de agudeza visual y ecografía neonatal; el programa de vacunación infantil obligatorio en España, en centros de referencia concertados, y los controles de salud durante los cuatro primeros años.
- **Aparato Digestivo:**
 - **Programa de prevención del cáncer colorrectal** para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas menores de 40 años, será necesaria prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.
- **Cardiología:**
 - **Chequeo Cardiológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

- Planificación Familiar:
 - Implantación del DIU. El coste del dispositivo será a cargo del Asegurado.
 - Vasectomía y Ligadura de Trompas.
 - Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad.

- Crío-conservación de las células madre del cordón umbilical. Incluye la extracción y el mantenimiento de las mismas. Franquicia a cargo del Asegurado de 900 €.

F.- TRATAMIENTOS

Deberán ser solicitados por médicos y en el caso de que los servicios no sean prestados por facultativos o centros designados por la Entidad, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

- Aerosolterapia y Ventiloterapia. Los medicamentos serán, en todos los casos, de cuenta del Asegurado.

- Radioterapia:
 - Cobaltoterapia

 - Acelerador Lineal de Partículas, incluyendo la radiocirugía exclusivamente para el tratamiento de tumores cerebrales.

 - Braquiterapia.

- Transfusiones de sangre y/o plasma en régimen de hospitalización.

- Litotricia Renal.

- Litotricia Biliar.

- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio. Excluidos los procesos crónicos

- Rehabilitación y Fisioterapia. Para el tratamiento de enfermedades y lesiones siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de efecto del contrato. Se prestará con carácter ambulatorio, y en el centro hospitalario mientras el Asegurado deba permanecer ingresado a causa de una cobertura amparada en la póliza. Excluidos los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico.

- **Rehabilitación Cardiológica.** Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del Asegurado por una afección cardiovascular.
- **Rehabilitación del suelo pélvico.** Exclusivamente como consecuencia directa del parto.
- **Hipertermia Prostática.**
- **Tratamiento del Dolor.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas. Asimismo se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, durante un periodo máximo de 7 días. Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.
- **Logopedia y Foniatría.** Se prestará para tratamientos consecuencia de intervenciones quirúrgicas de laringe; y para los menores de 16 años en los trastornos en la adquisición de la lectura, escritura, dislexia y en el desarrollo de lenguaje. Se prestará por un máximo de 60 sesiones, estando excluidos los procesos motivados en niños con retrasos mentales, autistas o con problemas de audición.
- **Quimioterapia.** Los tratamientos quimioterápicos serán por cuenta de la Entidad, tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el internamiento se hiciera necesario; siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. En estos tratamientos, la Entidad por lo que se refiere a los medicamentos, correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicos que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad.
- **Hemodiálisis.** Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, durante un período máximo de 10 sesiones por proceso. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.
- **Laserterapia.** Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y en oftalmología.
- **Magnetoterapia.** Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor.
- **Ortóptica.** Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo.

G.- HOSPITALIZACIÓN

Deberán ser solicitados por médicos y los ingresos se efectuarán en los centros en habitación individual con cama de acompañante, excepto en casos de hospitalización psiquiátrica, UVI e incubadora. Serán por cuenta de la Entidad el tratamiento, estancias, curas y su material, y la manutención del enfermo mientras se encuentre ingresado así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados tanto en el acto quirúrgico como en la hospitalización. En el caso de que los servicios no sean prestados por médicos o centros designados por la Entidad, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios.

- **Hospitalización Quirúrgica.** Queda incluida la hospitalización de día. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad los tres primeros días de ingreso. Periodo de carencia de OCHO MESES. En el caso de que la hospitalización sea consecuencia de un parto o una cesárea se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido.
- **Hospitalización Médica.** Para el tratamiento de enfermedades. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. Periodo de carencia de OCHO MESES.
- **Hospitalización Pediátrica.** Para el tratamiento de enfermedades. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia. Se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido. Periodo de carencia de OCHO MESES.
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Para el tratamiento de las crisis esquizofrénicas y trastornos entales en fase aguda que no pueda tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento. El periodo de cobertura se limita a 60 días al año. Periodo de carencia de OCHO MESES.
- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.** Para el tratamiento de enfermedades y afecciones cardio-vasculares y de cualquier otra etiología. Periodo de carencia de DIEZ MESES.

H.- OTROS SERVICIOS

Deberán ser solicitados por médicos y en el caso de que los servicios no sean prestados por facultativos o centros designados por la Entidad, el Tomador asumirá su coste siéndole reembolsada de la factura del mismo (según lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza) la cantidad y porcentaje detallados, para este concepto, en el presente Anexo de Servicios.

- **Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento de accidentes laborales, profesionales y los**

amparados por el seguro obligatorio de automóviles. Si existiera un tercero civilmente responsable, la Entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador.

- **Láser Excímer para la corrección del Astigmatismo, Hipermetropía y Miopía.** Se prestará en el centro designado por la Entidad con carácter ambulatorio cuando el Asegurado tenga más de dos dioptrías en el caso de astigmatismo y tres en el caso de hipermetropía. En el caso de miopía, cuando tenga más de cuatro dioptrías o presente una descompensación entre ambos ojos de más de dos dioptrías. Franquicia a cargo del Asegurado de 1.000 € por cada ojo. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- **Podología en consultorio.** Limitado a 12 sesiones anuales por Asegurado.
- **Preparación para el Parto.** Sesiones de preparación antes del parto en un centro designado por la Entidad previa autorización por escrito de la misma. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- **Prótesis.** Las prótesis garantizadas por la Entidad serán las siguientes:
 - **Prótesis Oftalmológicas.** La lente intraocular en intervenciones de cataratas.
 - **Prótesis Cardíacas y Cardiovasculares.** Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents y las prótesis de bypass vascular.
 - **Prótesis Traumatológicas.** Las prótesis de cadera y las prótesis internas traumatológicas.
 - **Prótesis Mamarias, exclusivamente tras mastectomía radical.**
 - **Material de Osteosíntesis.**

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado. Periodo de carencia de SEIS MESES.

- **Servicio Telefónico de Orientación Médica 24 horas (902 200 200).** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.
- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un facultativo acreditado en el R.O.E. (Registro de Osteópatas de España) bajo prescripción médica. Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por Asegurado.
- **Homeopatía.** Se prestará por un facultativo de la guía de servicios, que deberá también acreditar su titulación como médico. Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado.
- **Acupuntura.** Se prestará por un facultativo acreditado de la Guía de servicios. Se limita su

cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado.

- **Psicología.** Se prestará por un facultativo acreditado y bajo la prescripción de un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. La atención será individualizada y con carácter temporal. Se limita su cobertura a una sesión semanal con un límite de 20 sesiones al año.

- **Trasplantes.** Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. Los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos:
 - Corazón.
 - Pulmón.
 - Riñón.
 - Hígado.
 - Médula ósea.
 - Córnea.

Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a transplantar. Periodo de carencia de DOCE MESES.

CONDICIONES DEL REEMBOLSO DE GASTOS

En el caso de que el Asegurado no acuda a los servicios recomendados por la compañía y reseñados en la correspondiente Guía de Servicios de la póliza, el Asegurado tendrá derecho a la devolución, dentro de los límites establecidos, de los honorarios facturados por cada uno de los servicios descritos en el presente Anexo de Servicios.

Los límites establecidos para el reembolso de los gastos por servicios prestados sobre el Asegurado por facultativos ajenos a la guía de Servicios son los siguientes:

		GLOBAL	
% REEMBOLSO	en España	90%	
	en extranjero	80%	
LÍMITE ASISTENCIA	Asistencia Hospitalaria	175.000 € / año	
	Asistencia Extrahospitalaria		
ASISTENCIA AMBULATORIA	Medicina Primaria	visita + pruebas: 300 € asegurado / día	
	Especialidades		
	Medios de diagnóstico	200 € asegurado / día	
ASISTENCIA HOSPITALARIA	Cirugía ambulante y menor	Grupo 0	4.500 € / año
		Grupo 1	
		Grupo 2	
	Cirugía media	Grupo 3	9.000 € / año
		Grupo 4	
	Cirugía Mayor	Grupo 5	11.000 € / año
		Grupo 6	
		Grupo 7	
	Gran cirugía	Grupo 8	18.000 € / año
	Sin cirugía		800 € / por tratamiento
	Prótesis		8.000 € asegurado / año
	Otros gastos hospitalarios	Hospital + Otros	400 € / día
		U.V.I.	1.000 € / día
		Hospital Día	300 € / día
Trasplantes: Pulmón, Hígado, Corazón y Riñón		175.000 € / por proceso	
Trasplante Médula Ósea		75.000 € / por proceso	
Trasplante Córnea		50.000 € / por proceso	
ASISTENCIA POR MATERNIDAD		6.000 € / año	
ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO		15.000 € / primer año	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	- Acelerador lineal de partículas - Bomba de cobalto - Cirugía cerebral exteotásica tumoral - Quimioterapia - Litotricia renal - Diálisis (todo incluido) - Otros tratamientos especiales	8.000 € / año	
OTRAS PRESTACIONES	Rehabilitación y fisioterapia	4.000 € / año	
	Psicoterapia	2.000 € / año	
	Psicoterapia (trast. alimentación)	1.500 € / año	
	Homeopatía	2.000 € / año	
	Osteopatía	2.000 € / año	
	Ambulancia	200 € / por traslado	
	Podología	750 € asegurado / año	
	Preparación al parto	500 € / año	

Crioconservación células cordón umbilical	1.000 € asegurado / año
Láser excimer	1.000 € por ojo
Cultivo autólogo de células de condrocito	2.500 €
Láser Verde KTP o HPS	2.500 €
Cirugía Robótica	2.500 €

atención 24 h

902 200 200 - www.adeslas.es



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.