

ACUERDO MARCO PARA LA SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA ENTIDAD SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

En Madrid, a uno de enero de dos mil veintitrés.

REUNIDOS

De una parte, **Don Vicente Martínez Orga** mayor de edad, quien interviene en nombre y representación de **Unión De Federaciones Deportivas Madrileñas**, con domicilio social en Madrid, Calle Castelló 107, 1º B, C.P.: 28006 y con C.I.F núm. G-79163721, en su condición de Presidente de la misma y en uso de las facultades que a esta finalidad tiene conferidas.

De otra parte, **Don Julián García Torres**, mayor de edad, y con N.I.F. núm. 00.398.532-B, quien interviene en nombre y representación de la denominada **SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros** (en adelante la Aseguradora), en su condición de Apoderado, en virtud de la escritura de apoderamiento otorgada con fecha 13 de Octubre de 2021, ante el Notario del Ilustre Colegio Notarial de Madrid, Doña Isabel Estapé Tous, bajo el núm. 5618 de orden de su protocolo, causante de la inscripción nº 118 en la hoja registral de la sociedad.

Reconociéndose ambas partes, mutua y recíprocamente, la capacidad legal necesaria para otorgar el presente contrato.

MANIFIESTAN

- I. Que **la Aseguradora**, es una entidad mercantil cuyo objeto social se centra en la realización, en todo el territorio nacional, de operaciones de seguro, entre otros, en el ramo de enfermedad y asistencia sanitaria, para lo cual se encuentra legalmente habilitada e inscrita en el *Registro Especial de Entidades Aseguradoras* con el número C-0124.

Que dentro de los modelos de póliza que emite, se encuentran las denominadas comercialmente:

- **“Adeslas Completa”**, que garantiza la cobertura de asistencia sanitaria general en toda España.
- II. Que **Unión De Federaciones Deportivas Madrileñas**, está interesada en obtener para sus empleados, con familiares directos (de conformidad con lo establecido en la estipulación tercera), una proposición de seguro para la contratación de la mencionada póliza
 - III. Que siendo del interés de **la Aseguradora** la realización de dicha proposición de seguro solicitada por **Unión De Federaciones Deportivas Madrileñas**, se lleva a efecto el presente documento que se articula en base a las siguientes,

ESTIPULACIONES

PRIMERA. Oferta.

Mediante el presente documento y en la forma y condiciones que en las siguientes estipulaciones se indica, **SegurCaixa Adeslas, S.A.** oferta a **Unión De Federaciones Deportivas Madrileñas**, para su suscripción individual por sus empleados, para su propio aseguramiento y el de sus familiares directos relacionados en la estipulación Tercera, un contrato de seguro para la cobertura de la asistencia sanitaria (en lo sucesivo póliza).

Las pólizas de suscripción individual para los empleados de **Unión De Federaciones Deportivas Madrileñas**, y sus familiares directos, estarán identificadas bajo el número de colectivo: **30.484**.

SEGUNDA. Modelo de póliza

Las características de la póliza ofertada en cuanto a coberturas, períodos de carencia, exclusiones y demás regulación propia del contrato de seguro, son las que se detallan en las **Condiciones Generales** de la póliza, que se incorporan a este documento formando parte integrante e inseparable del mismo como **Anexo I**.

TERCERA. Producto.

3.1. Solicitud de seguro y cuestionario de salud.

Para la contratación de la póliza de seguro se exigirá la previa cumplimentación del modelo de Solicitud de Seguro que, a tal efecto, suministrará la Aseguradora. Igualmente, será requisito previo imprescindible la cumplimentación y firma del Cuestionario de Salud por todas y cada una de las personas a asegurar, a excepción de los menores de edad o incapacitados, en cuyo caso deberá ser suscrito por su representante legal o tutor, reservándose expresamente la Aseguradora la facultad de aceptar o rechazar total o parcialmente las solicitudes de seguro que se presenten.

3.2. Del tomador y los asegurados.

Los Tomadores deberán ser empleados de **Unión De Federaciones Deportivas Madrileñas**, para contratar su propio aseguramiento y el de sus familiares directos, entendiéndose como tales los siguientes: cónyuge o pareja de hecho e hijos solteros del empleado que convivan en el domicilio familiar.

3.3. Periodos de carencia.

No serán de aplicación los períodos de carencia recogidos en las Condiciones Generales de la póliza para quienes suscriban la misma durante el primer mes siguiente a la firma del presente documento. Una vez transcurrido dicho plazo, se aplicarán los períodos de carencia establecidos en las Condiciones Generales.

CUARTA. Precio del Seguro.

4.1. Prima

La prima mensual de recibo para el año 2023, que deberá satisfacer el Tomador a **la Aseguradora** por cada persona incluida en la póliza se detalla a continuación:

ADESLAS COMPLETA (Primas de recibo, por tramos de edad, por persona asegurada y mes. Incluyen Impuestos y Tasas).	
Tramos de edad	Tarifa (€)
De 0 a 44 años	45,40 €
De 45 a 54 años	57,93 €
De 55 a 64 años	94,50 €
De 65 a 74 años	144,52 €
=> de 75 años	160,07 €

Los importes de las primas se facturarán por **la Aseguradora** a las domiciliaciones bancarias de los Tomadores.

4.2. Actualización de la prima.

La prima inicial pactada a la que se refiere la precedente estipulación, será objeto de revisión cada nuevo año natural de vigencia del contrato, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales que acompañan al presente contrato como Anexo nº 1.

4.3. Copago por actos médicos.

El Tomador recibe al comienzo del efecto del contrato un ejemplar de la *Tarjeta Sanitaria Adeslas* por cada persona asegurada, para su presentación a los facultativos, centros sanatoriales y auxiliares técnicos sanitarios pertenecientes a los cuadros médicos de **la Aseguradora**.

No se establece franquicia en concepto de copago de los servicios sanitarios.

QUINTA. Otros servicios complementarios.

● Segunda Opinión Médica.

El servicio de *Segunda Opinión Médica* permite al asegurado, ante cualquier diagnóstico relativo a una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional, y ello sin necesidad de desplazamiento y en un plazo breve de tiempo. El objetivo del servicio es ofrecer al asegurado la tranquilidad y la seguridad de contrastar su caso con expertos de reconocido prestigio. Sin ningún coste adicional.

La empresa de servicios CMV/Medvantis, perteneciente al grupo europeo Medvantis Medical Services, es la encargada de gestionar el servicio de *Segunda Opinión Médica*. Para ello, CMV cuenta con los expertos y especialistas más destacado y reconocidos mundialmente en las distintas áreas de la medicina.

CMV le ofrece además servicios de selección de expertos médicos y centros hospitalarios a nivel mundial así como asesoramiento en caso de traslado nacional o internacional.

Para acceder a este servicio el usuario sólo tendrá que llamar al 902.200.200 e identificarse con su número de tarjeta y solicitar el servicio de *Segunda Opinión Médica*:

- El asegurado dará su consentimiento al equipo médico para la tramitación del servicio.
- El equipo médico iniciará los trámites para recabar información necesaria sobre el caso.
- Un Comité Clínico iniciará el proceso de selección de los especialistas expertos en la patología objeto de consulta, en cualquier parte del mundo.
- El equipo médico elaborará y revisará el informe de *Segunda Opinión Médica*.
- Finalmente, el equipo médico enviará el informe al solicitante y gestionará las dudas y aclaraciones pertinentes.

SEXTA. Duración.

Los efectos del presente Acuerdo Marco se iniciarán a las cero horas del día uno de enero de dos mil veintitrés y se extenderá hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del mismo año.

Llegada dicha fecha, los efectos del presente Acuerdo-Marco se prorrogarán por la tácita y por períodos sucesivos de un año natural cada uno, salvo que medie denuncia por cualquiera de las partes con un preaviso de, al menos, cuatro meses a la fecha de finalización del período inicial de vigencia o al de cualquiera de sus eventuales prórrogas anuales.

SÉPTIMA. Fuero.

Las partes firmantes se comprometen a solucionar las discrepancias que pudieran surgir en la aplicación del presente documento de forma amistosa y dentro de la más estricta buena fe contractual. No obstante, y para el caso de que ello no fuera posible, las partes expresamente se someten a los Juzgados y Tribunales de Madrid.

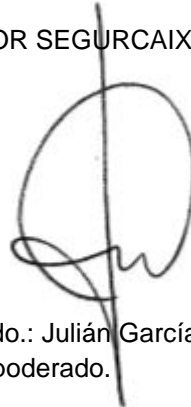
Y en prueba de conformidad firman el presente documento, junto con el Anexo I que le acompaña, en el lugar y fecha al principio indicados, en duplicado ejemplar, teniendo cada uno de los ejemplares la misma fehcencia a todos los efectos jurídicos y especialmente procesales.

POR UNION DE FED. DEPOR. MADRILEÑAS

POR SEGURCAIXA ADESLAS, S.A.

Fdo.: Vicente Martínez Orga,
Presidente.

Fdo.: Julián García Torres,
Apoderado.



Adeslas Completa

CONDICIONES GENERALES

**Seguro de enfermedad.
Póliza de asistencia sanitaria.**

Adeslas

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

Cláusulas jurídicas (condiciones generales)

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

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

1. Definiciones.	11
2. Cartera de servicios con cobertura.	13
3. Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria.	23
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios.	25
5. Periodos de carencia.	27

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, Industria y Competitividad.
2. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (en adelante, la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato.

2. Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza, y mediante el pago de la prima y copagos que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la Cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

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

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

3. Pago de Primas

- 3.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la prima.
- 3.2. La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- b)** Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- c)** Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- d)** Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de Seguro.

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

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

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

- e)** Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- f)** Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

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

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

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de la Aseguradora y 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 a la Aseguradora 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.

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

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

5. Otras obligaciones de la Aseguradora

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

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

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

6. Duración del Seguro

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

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

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

7. Pérdida de derechos, resolución del contrato

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

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

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

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

c) Si el Tomador, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Aseguradora sólo podrá resolver el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora

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

9. Instancias de reclamación

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

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

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

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

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

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

10. Comunicaciones y jurisdicción

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

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

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

11. Prescripción

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

12. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- a) Actualizar el importe de las primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente al copago o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere la Condición General 4.4. (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 copagos 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 y/o copagos para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

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

1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

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

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

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

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

Copago: importe que el Tomador debe abonar a la Aseguradora 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 por cada anualidad de seguro.

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

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

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

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

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

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

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

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

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

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

2. Cartera de servicios con cobertura

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

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

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

2.1. MEDICINA PRIMARIA

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

2.2. URGENCIAS

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

2.3. ESPECIALIDADES

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

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía plástica reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un año después de la cirugía oncológica**, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. **Queda excluida la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología.**
- **Cirugía torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB. **Quedan excluidas en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado.**
- **Endocrinología y nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina interna.**
- **Medicina nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**

- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.
- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (**excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva**), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia foto-dinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). **Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.**
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO₂.
- **Psicología Clínica: con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios.** Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la Aseguradora. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.** Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**) la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (**exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro**) y la rehabilitación cardíaca (**exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro**). En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor y cardíaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**

- **Reumatología.**
- **Traumatología y cirugía ortopédica.** Cirugía artroscópica. **Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.**
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. **Queda excluido el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.**

2.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil: comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.**
- **Prevención del cáncer colorrectal.** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

2.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

2.5.1. Análisis Clínicos, Anatomía Patológica y Citopatología. Quedan excluidas las Biopsias Líquidas.

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

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

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

- Inmunohistoquímica.
- Ergometría, holter (**quedan excluidos los holter implantables**), estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
- Polisomnografía.
- Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret
 - **Quedan excluidas las técnicas bariátricas por endoscopia.**
- Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.
- Elastografía de transición hepática (fibroscan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, **con exclusión de la enfermedad hepática alcohólica.**
- Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria: incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. **No se incluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica.** Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- Tomosíntesis de mama

- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner). **Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.**
- Colonografía realizada mediante TAC (**exclusivamente** como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- Coronariografía por TAC: está cubierto (**exclusivamente** para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. **No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).**
- Resonancia Magnética Multiparamétrica.
- Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida, en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.
* Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2)
- Medicina Nuclear. PET/TAC (Quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco ¹⁸F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y PET/RM (**exclusivamente los realizadas con el radiofármaco ¹⁸F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas).**
- Amniocentesis y Cariotipos.
- Pruebas genéticas: quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18, o 13, independientemente del CCPT.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

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

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

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

2.6. HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.

- **Hospitalización de Día:** tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

2.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

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

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardiaca), válvulas cardiacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. **Quedan excluidos los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardiacas transcater.**

- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. **Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.**

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

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

- **Implantes reparadores:**

- Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite **máximo de un año después de la cirugía oncológica**, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
- Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.

- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras orquiectomía **exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular.** Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.

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

- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos.

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

2.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, **quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.** Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un **máximo de 20 sesiones** por asegurado y anualidad. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis** para insuficiencias renales agudas o crónicas.
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exoterotáxica corporal ; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento. **Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.**
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), **quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**
- **Litotricia renal.**
- **Ondas de choque** para calcificaciones musculotendinosas.

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

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

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

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

2.10. OTROS SERVICIOS

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

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

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

3. Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

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

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

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

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

K) Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

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

M) Queda excluida la terapia ocupacional.

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

4. Forma de obtener la cobertura de los servicios

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

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

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

LA ASEGURADORA SE OBLIGA A DAR COBERTURA ECONÓMICA A LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA ÚNICAMENTE EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO QUE FIGURA EN LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ CONCERTADO DICHO SERVICIO EN ESA ZONA; CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO DEBERÁ NOTIFICARSE A LA ASEGURADORA POR CUALQUIER MEDIO FEHACIENTE CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE OCHO DÍAS AL REQUERIMIENTO DE UNA PRESTACIÓN EN ÉL.

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

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

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4.5. siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de copago 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 los copagos correspondientes a los mismos.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

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 los copagos podrá ser actualizado por la Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 12ª (Cláusulas Jurídicas).

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

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

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

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

4.7. A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de la Aseguradora conforme a la Cláusula 4.5. anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

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
-------------------------------------------	---------

Medios de diagnóstico intervencionista.	6 meses
-----------------------------------------	---------

Hospitalización

Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	3 meses
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Ligadura de trompas y vasectomía.	6 meses
-----------------------------------	---------

Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	8 meses
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Coste de implantes quirúrgicos y prótesis.	8 meses
--------------------------------------------	---------

Parto o cesárea.	8 meses
------------------	---------

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

Tratamientos Especiales

Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	3 meses
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Nucleotomía percutánea.	3 meses
-------------------------	---------

Laserterapia cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Tratamiento del dolor.	8 meses
------------------------	---------

Diálisis.	8 meses
-----------	---------

Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	8 meses
---------------------------------------------------------	---------

Litotricia renal.	8 meses
-------------------	---------

Quimioterapia y oncología radioterápica.	8 meses
------------------------------------------	---------

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

Adeslas

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

S.RE.021.22

Adeslas asistencia en viaje en el extranjero

CONDICIONES GENERALES

**Atención en el extranjero.
Póliza de seguro de asistencia en viaje.**

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

1. Disposiciones previas	4
2. Garantías, límites y exclusiones de asistencia en viaje	4
A. Garantías de asistencia médica y en viaje	4
A.1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero	4
A.2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero	5
A.3. Traslado sanitario o repatriación médica	5
A.4. Gastos de regreso por alta hospitalaria	5
A.5. Envío de un médico especialista al extranjero	6
A.6. Envío de medicamento al extranjero	6
A.7. Consulta o asesoramiento médico a distancia	6
A.8. Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero	6
A.9. Prolongación de estancia	6
A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante	7
A.11. Gastos de estancia para acompañante del Asegurado hospitalizado	7
A.12. Gastos de regreso de acompañantes	7
A.13. Retorno de menores	7
A.14. Regreso anticipado del Asegurado a causa del fallecimiento de un familiar	8
A.15. Fianzas y gastos procesales	8
A.16. Adelanto de fondos	8
A.17. Ayuda familiar	8
A.18. Envío de objetos olvidados durante el viaje	9
A.19. Pérdida de documentos personales	9
Exclusiones aplicables a todas las garantías de asistencia médica y en viaje	9

B. Garantías en caso de fallecimiento	10
B.1. Traslado o repatriación de restos mortales	10
B.2. Acompañante de restos mortales	10
B.3. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales	10
B.4. Retorno de acompañantes del fallecido	10
Exclusiones aplicables todas las garantías en caso de fallecimiento	11
C. Garantías de incidencias en viajes y vuelos	11
C.1. Pérdida de equipajes facturados en transporte público	11
C.2. Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público	11
C.3. Demora del viaje	11
C.4. Cancelación de viaje por el transportista	12
C.5. Pérdida de conexiones	12
C.6. Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero	12
Exclusiones aplicables a las garantías C.3., C.4. y C.5. de incidencias en viajes y vuelos	12
D. Garantías del servicio de asistencia en viaje	13
D.1. Trámites administrativos por hospitalización en el extranjero	13
D.2. Localización de equipajes u objetos personales perdidos	13
D.3. Servicio de información al viajero	13
D.4. Servicio de información asistencial	13
D.5. Transmisión de mensajes urgentes	13
D.6. Guía de países	14
E. Exclusiones generales de la cobertura de asistencia en viaje	14
3. Disposiciones adicionales.	15

1. Disposiciones previas

Asegurado: la persona física, beneficiaria del seguro de asistencia sanitaria de Segur-Caixa Adeslas.

Ámbito del seguro y duración: las coberturas son exigibles en todo el mundo incluido España, salvo aquellas coberturas en las que se indique que sólo son válidas en el extranjero. Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria.

Validez: Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el Asegurado no debe exceder los 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.

Límites de las garantías y moneda de las mismas: Los límites económicos de las garantías recogidas en el apartado 2. Garantías, límites y exclusiones de Asistencia en Viaje, son los que, para cada una de ellas, se especifican en dicho apartado. **Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por la Aseguradora.** En cualquier caso, todos los límites de esta póliza son por siniestro ocurrido y Asegurado. La moneda aplicable a todas las garantías es el euro por lo que sus límites serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas por la Aseguradora en otra moneda, será aplicable el contravalor en euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

2. Garantías, límites y exclusiones de asistencia en viaje

Las garantías cubiertas que se relacionan a continuación contienen sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado e).

A. GARANTÍAS DE ASISTENCIA MÉDICA Y EN VIAJES

A.1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, cubierto por la póliza y sobrevenido durante el viaje, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la Aseguradora se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de **12.000 euros**.

A.2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero

En el supuesto de viaje al extranjero, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc ... que requieran un tratamiento de urgencia, **con un límite de 300 euros.**

A.3. Traslado sanitario o repatriación médica

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, la Aseguradora se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte del equipo médico en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio la Aseguradora se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado al mismo. La Aseguradora procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos de la Aseguradora en colaboración con el médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

Asimismo en el resto del mundo, si la gravedad de las lesiones así lo exige, el traslado se realizará en avión sanitario especial con un **límite de 150.000 euros.**

A.4. Gastos de regreso por alta hospitalaria

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de regreso del Asegurado que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, hubiesen sido hospitalizados y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso.

El límite para esta garantía es de 900 euros.

A.5. Envío de un médico especialista al extranjero

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la garantía A.3, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos de la Aseguradora, éste enviará un médico especialista al lugar donde se encuentra el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

A.6. Envío de medicamento al extranjero

La Aseguradora enviará un medicamento necesario para la curación del Asegurado que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado, bajo las condiciones de la garantía A.1.

A.7. Consulta o asesoramiento médico a distancia

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente a la Aseguradora, el cual la proporcionará a través de sus centrales de asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

A.8. Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, durante un viaje por el extranjero, el Asegurado precise ser ingresado en un centro hospitalario, la Aseguradora se hará cargo, **hasta el límite fijado para la garantía primera**, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del Asegurado.

A.9. Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza y ser dado de alta, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, la Aseguradora satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, hasta **80 euros por día** y Asegurado con un **máximo de diez días por estancia**.

A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la póliza, **por un tiempo previsto superior a cinco días**, la Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que aquél indique un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

A.11. Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, la Aseguradora satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital en el que se encuentre el Asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, **hasta 80 euros por día con un máximo de diez días por estancia**.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

A.12. Gastos de regreso de acompañantes

En el caso de que el Asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierto por la póliza, y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y éstos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieren utilizando, la Aseguradora organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado repatriado a elección de los acompañantes.

A.13. Retorno de menores

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquél cubierto por la póliza, no pudiendo seguir el viaje, la Aseguradora organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, satisfaciendo los gastos de viaje del familiar o amigo, con domicilio en España, designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, la Aseguradora proporcionará un acompañante.

A.14. Regreso anticipado del asegurado a causa del fallecimiento de un familiar

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los Asegurados, la Aseguradora le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España del familiar fallecido y en su caso de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el suceso, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

A.15. Fianzas y gastos procesales

La Aseguradora anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, **hasta 15.000 euros**, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, **hasta un máximo de 10.000 euros**.

A.16. Adelanto de fondos

La Aseguradora adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad **hasta el límite de 1.500 euros**. La Aseguradora solicitará algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a la Aseguradora por el Asegurado en el plazo **máximo de 30 días**.

A.17. Ayuda familiar

Si por aplicación de las coberturas "A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante" o "B.2 Acompañamiento de restos mortales", viajara junto al Asegurado su cónyuge o pareja de hecho, y por tal causa quedaran solos hijos menores de quince años en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo los gastos de una persona para que cuide de ellos, hasta un **máximo de 60 euros por día con un máximo de siete días**.

A.18. Envío de objetos olvidados durante el viaje

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, la Aseguradora organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del Asegurado, con un **máximo de 120 euros**. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

A.19. Pérdida de documentos personales

En el caso de que el Asegurado extraviase o le fueran sustraídos durante el transcurso de un viaje por el extranjero documentos personales tales como pasaportes, visados, tarjetas de crédito o documentos de identificación imprescindibles, la Aseguradora colaborará en las gestiones de denuncia ante las autoridades u organismos públicos o privados necesarios, así como se hará cargo de los gastos ocasionados por la nueva expedición de los mismos hasta el **límite de 120 euros**.

Exclusiones aplicables a todas las garantías de asistencia médica y en viaje:

- a) Las garantías y prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la Aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- b) Los eventos ocurridos en España.
- c) Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas
- d) Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- e) El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas, bebidas alcohólicas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- f) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, excepto las complicaciones claras e impredecibles sobrevenidas durante los 180 primeros días de embarazo.
- g) Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- h) Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- i) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.

j) Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.

k) Cualquier gasto médico inferior a 9 euros.

l) Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

B. GARANTÍAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

B.1. Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España. **Se excluyen los gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd.**

B.2. Acompañante de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, la Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares para acompañar al cadáver, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo.

B.3. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, **hasta 80 euros por día, con un máximo de tres días.**

B.4. Retorno de acompañantes del fallecido

Si el Asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, la Aseguradora organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando.

Exclusiones aplicables todas las garantías en caso de fallecimiento

a) Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.

C. GARANTÍAS DE INCIDENCIAS EN VIAJES Y VUELOS

C.1. Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes o efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera responsabilidad del transportista, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **con un límite de 300 euros por bulto y hasta el máximo de 600 euros**, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el Asegurado presente los justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

C.2. Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público

En caso de demora en la entrega de equipaje facturado en transporte público superior a 12 horas, la Aseguradora se hará cargo del importe de aquellos artículos de primera necesidad que el Asegurado precisara adquirir con motivo de la falta temporal de su equipaje, **con un máximo de 120 euros**, siendo requisito imprescindible que tales artículos sean adquiridos dentro del plazo de demora sufrido.

El Asegurado deberá aportar la correspondiente documentación acreditativa de la demora, expedida por el transportista, y las facturas de los objetos adquiridos. Este reembolso será deducible de la indemnización que corresponda en caso de pérdida de conformidad con la cobertura anterior.

C.3. Demora del viaje

En caso de **demora superior a 12 horas** en la salida del avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular en viajes, y siempre que el Asegurado tuviera billete confirmado previamente, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 120 euros**.

C.4. Cancelación de viaje por el transportista

Si se produjera la cancelación efectiva del viaje del Asegurado con billete confirmado, en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 120 euros**. A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del Asegurado en el medio contratado con, al menos, doce horas de diferencia (o medie una noche aunque no supere dichas horas), respecto al horario de salida inicialmente previsto.

C.5. Pérdida de conexiones

Si se produjera la falta de conexión entre dos trayectos en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular previamente confirmados por retraso del transporte inicial, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente al Asegurado, **hasta el límite de 120 euros**.

C.6. Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero

En el caso de que el Asegurado tuviera que interrumpir su viaje por el extranjero ya iniciado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, a causa del fallecimiento u hospitalización por enfermedad grave o accidente del mismo o su pareja, así como de los familiares que convivan en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo las cantidades que por causa de dicha interrupción tuviera que satisfacer el Asegurado, **hasta el máximo de 600 euros**. Será requisito imprescindible para tener derecho a esta garantía que dichas cantidades hayan sido previamente abonadas por el Asegurado, debiendo presentar el correspondiente justificante de tal extremo.

Exclusiones aplicables a las garantías C.3., C.4. y C.5. de incidencias en viajes y vuelos:

a) Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del Asegurado.

D. GARANTÍAS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN VIAJE

D.1. Trámites administrativos por hospitalización en el extranjero

La Aseguradora colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la central de asistencia de la Aseguradora.

D.2. Localización de equipajes u objetos personales perdidos

La Aseguradora pone a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

D.3. Servicio de información al viajero

La Aseguradora facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero, previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

D.4. Servicio de información asistencial

La Aseguradora, previa autorización del Asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su red de centrales de asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

D.5. Transmisión de mensajes urgentes

La Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas.

D.6. Guía de países

La Aseguradora pondrá a disposición de los Asegurados información actualizada web de países de destino. El acceso será mediante la introducción de la correspondiente clave de acceso. Dicha web contiene información sobre las vacunas recomendadas e información sobre enfermedades de la zona. Adicionalmente se incluirán recomendaciones sobre la asistencia sanitaria en el país, así como direcciones y teléfonos de contacto ante emergencias. Se completará la información con consejos generales incluyendo aspectos culturales, embajadas, moneda, festividades locales y clima.

E) EXCLUSIONES GENERALES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE

Además de las exclusiones específicas establecidas en el epígrafe 2), serán de aplicación para todas las garantías de asistencia en viaje, las siguientes exclusiones:

- a) Práctica como profesional o federado de cualquier deporte, y competiciones deportivas.
- b) Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.
- c) Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
- d) Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.
- e) Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.
- f) Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

3. Disposiciones adicionales

Las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de póliza del seguro de asistencia sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentra en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes. Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el equipo médico de la Aseguradora.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de repatriación o traslado a España, dicho reembolso revertirá a la Aseguradora.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva. La Aseguradora queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el Asegurado solicite la prestación de los servicios del siguiente teléfono, desde cualquier lugar del mundo.

34 91 745 32 80
SERVICIO PERMANENTE LAS 24 HORAS

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

Adeslas

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

S.RE.401.07