Adeslas

Acuerdo Marco

de Asistencia Sanitaria y Dental

con la

"Universidad Autónoma de Madrid"

Adeslas

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

En Madrid, a uno de octubre de dos mil dieciséis.

REUNIDOS

De una parte, Don Teodoro Conde Minaya, mayor de edad, con N.I.F. núm.: 50.147.712-F, quien interviene en nombre y representación de la **Universidad Autónoma de Madrid**, entidad mercantil con domicilio social en Madrid, Ciudad Universitaria de Cantoblanco, calle Einstein, núm.: 3 – Edificio Rectorado – 4ª planta, C.P. 28049 y con N.I.F. núm. G-28230241, en su condición de Gerente de la misma y en uso de las facultades que a esta finalidad tiene conferidas.

Y de otra, Don Luis Ballester Sansegundo, mayor de edad, con N.I.F. núm. 19.836.466-R , con domicilio a estos efectos en Barcelona, calle Juan Gris, núm. 20-26, C.P.: 08014, quien interviene en nombre y representación de **SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros** (en adelante **la Aseguradora**), en su condición de Apoderado de la misma, en virtud de la escritura de apoderamiento otorgada con fecha 31 de mayo de 2013, ante la Notario del Ilustre Colegio Notarial de Madrid, Doña Isabel Estapé Tous, bajo el núm. 2590 de orden de su protocolo, causante de la inscripción nº 257 en la hoja registral de la sociedad.

Reconociéndose recíprocamente ambas partes la capacidad legal suficiente y necesaria para el otorgamiento del presente documento.

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* de la *Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones* con el número C-0124.

Que, dentro de los modelos de póliza que emite, se encuentra una denominada comercialmente:

- ***"Adeslas Completa"*** que garantiza, en la cobertura de asistencia sanitaria general en toda España mediante cuadro médico.

II. Que la **Universidad Autónoma de Madrid** está interesada en obtener para sus empleados y los familiares directos de éstos, (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 la **Universidad Autónoma de Madrid**, se lleva a efecto el presente documento que se articula en base a las siguientes,

ESTIPULACIONES

PRIMERA. Proposición de seguro.

Mediante el presente documento, y en la forma y condiciones que en las siguientes estipulaciones se indica, **la Aseguradora** oferta a la **Universidad Autónoma de Madrid**, para la suscripción individual por sus empleados y los familiares directos de éstos, relacionados en la *Estipulación*

082-7200006

Adeslas

Tercera, un contrato de seguro para la cobertura de asistencia sanitaria (en lo sucesivo póliza) mediante cuadro médico.

La póliza, de suscripción individual para los empleados de la **Universidad Autónoma de Madrid**, y sus familiares directos, estará identificada bajo el número de colectivo: **17.842**.

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 nº 1**.

TERCERA. Condiciones de contratación e inclusión en la póliza.

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 que se presenten.

No obstante lo anterior, se exime de la obligación de aportar *Cuestionario de Salud* para los asegurados que acrediten su procedencia de la compañía ***Asistencia Sanitaria Interprovincial, S.A. (ASISA)***, siendo el número mínimo de asegurados exigido que se incorporen a esta póliza para acceder a esta exención de 250.

3.2. *Del tomador y los asegurados.*

Los Tomadores deberán ser empleados de la **Universidad Autónoma de Madrid** para contratar su propio aseguramiento y el de sus familiares directos, entendiéndose como tales los siguientes: cónyuge o pareja de hecho e hijos solteros de los empleados que convivan en el domicilio familiar.

3.3. *Periodos de carencia.*

No serán de aplicación los periodos de carencia contemplados en las *Condiciones Generales* de la Póliza para las altas con efecto enero, febrero y marzo de 2017. Una vez transcurrido dicho plazo, se aplicarán los periodos de carencia establecidos en *Condiciones Generales*.

CUARTA. Precio del seguro.

4.1. *De la prima.*

La prima mensual de recibo que deberá satisfacer **la Tomadora** a **la Aseguradora** por cada persona asegurada 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 64 años	39,50 €
Más de 65 años	92,00 €

EDAD MÁXIMA DE CONTRATACIÓN: 70 AÑOS

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

082-7200006

Adeslas

4.2. *Actualización de la prima.*

Para el supuesto de que el contrato quedara prorrogado, la prima inicial pactada y a la que se refiere la presente estipulación, será objeto de revisión cada nuevo año natural de vigencia del contrato, sirviendo como criterio para ello el porcentaje de siniestralidad atendida con cargo al seguro.

A tal efecto se entenderá por ***porcentaje de siniestralidad*** el *"cociente resultante de dividir el total de los gastos producidos por el colectivo de asegurados, en concepto de asistencia sanitaria recibida con cargo a la póliza, por el total de primas emitidas, netas de impuestos"*.

En consecuencia, la actualización del importe de la prima se llevará a cabo de conformidad con lo que seguidamente se indica:

1. Si la siniestralidad de la póliza no superase el 70%, el incremento de prima será igual al *"Índice de Precios al Consumo Anual Sanitario" (Índice Nacional de Rúbricas, código 42, Servicios Médicos y Similares)* publicado por el INE.
2. Si la siniestralidad de la póliza se sitúa entre el 70,01% y el 80%, el incremento de prima será igual al duplo del *"Índice de Precios al Consumo Anual Sanitario" (Índice Nacional de Rúbricas, código 42, Servicios Médicos y Similares)* publicado por el INE.
3. Si la siniestralidad de la póliza se sitúa entre el 80,01% y el 100%, el incremento de prima será igual al *"Índice de Precios al Consumo Anual Sanitario"* (Índice Nacional de Rúbricas, código 42, Servicios Médicos y Similares) publicado por el INE más 5 puntos porcentuales.
4. Si la siniestralidad supera el 100%, el incremento de prima para el ejercicio siguiente será negociado entre las partes.

4.3. De los copagos por actos médicos.

No se establece copago alguno para la obtención 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 encargada de gestionar el servicio de *Segunda Opinión Médica* cuenta con los expertos y especialistas más destacados y reconocidos mundialmente en las distintas áreas de la medicina y ofrece 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.

- **Suplemento Odontológico.**

Con independencia de los servicios asistenciales cubiertos en la Póliza, **la Aseguradora** garantiza a todos los asegurados incluidos en la misma un ***"Suplemento Odontológico"***, según las coberturas descritas en el documento que se incorpora a este contrato como **Anexo nº 2**, formando parte integrante e inseparable del mismo. En dicho Anexo se especifica asimismo, el importe correspondiente a la *Franquicia* de cada prestación o

082-7200006

Adeslas

servicio cubierto para el año natural de 2016, que será abonada por el asegurado al Centro Odontológico que realice la prestación y que, en todo caso, deberá ser cualquiera de los que figuren relacionados en el *Catálogo de Servicios Dentales* de **la Aseguradora**. El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por **la Aseguradora** cada nuevo año natural.

SEXTA. Duración.

Los efectos del presente Acuerdo Marco se iniciarán a las cero horas del día uno de octubre de dos mil dieciséis y se extenderán 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 periodos 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 nº 1** que le acompaña, en el lugar y fecha al principio indicados, en duplicado ejemplar, teniendo cada uno de los ejemplares la misma fehaciencia a todos los efectos jurídicos y especialmente procesales.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Fdo.: Teodoro Conde Minaya,
Gerente.

POR SEGURCAIXA ADESLAS, S.A.

Fdo.: Luis Ballester Sansegundo,
Director Canal Asegurador.

082-7200006

Adeslas Completa

Seguro de enfermedad.
Póliza de asistencia sanitaria.

condiciones generales

Adeslas

Adeslas **Completa**

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

Índice

CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales) 3

1. Cláusula preliminar. 3
2. Objeto del Seguro. 3
3. Pago de Primas. 3
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado. 4
5. Otras obligaciones de la Aseguradora. 6
6. Duración del Seguro. 7
7. Pérdida de derechos, rescisión del contrato. 7
8. Tratamiento de datos de carácter personal. 8
9. Estado y autoridad de control del asegurador. 8
10. Instancias de reclamación. 8
11. Comunicaciones y jurisdicción. 9
12. Prescripción. 9
13. Actualización anual de condiciones económicas de la Póliza. 10

CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (condiciones generales) 11

1. Definiciones. 11
2. Cartera de servicios con cobertura. 13
3. Exclusiones. 18
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios. 19
5. Periodos de carencia. 21

PREGUNTAS FRECUENTES 23

1) Cláusula preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

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

2) Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y franquicias que en cada caso corresponda, La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, 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 el Asegurador 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, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si La Aseguradora

no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

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

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

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

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

3.7. En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

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

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

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

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

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

b) Comunicar a La Aseguradora, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido

conocidas por La Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

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

d) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

e) 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.

f) 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.

g) 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.

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

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de La Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.
En tales casos, La Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.
Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a La Aseguradora la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.
El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.
4.3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a La Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5) 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

En el momento de suscribir la Póliza, La Aseguradora también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias.
El Cuadro Médico podrá ser actualizado por La Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de La Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado.

6) Duración del Seguro

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

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de la conclusión del periodo de Seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a La Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

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, rescisión del contrato

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

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

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

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

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

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

7.2. Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, La Aseguradora sólo podrá rescindir el Contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la Póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por La Aseguradora. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la Prima pagada hubiese sido

inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a La Aseguradora la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de Prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.
Si la Prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

8) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios incluidos en esta Póliza, así como aquellos otros, incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por La Aseguradora con el fin de mantener y dar cumplimiento al contrato de seguro suscrito y financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo.
El Tomador declara que los datos personales de los asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el expreso consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.
El Tomador asimismo manifiesta que ha obtenido de todos los asegurados su consentimiento para que La Aseguradora incorpore, a ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros, pudiendo cederlos a entidades colaboradoras (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro), con la única finalidad de gestionar el seguro contratado, así como, su caso, girar al tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.
El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26.

9) Estado y autoridad de control del asegurador

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

10) Instancias de reclamación

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aque-

llas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.
A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia,La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.
Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin.
El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.
10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.
10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11) Comunicaciones y jurisdicción

11.1. Las comunicaciones a La Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, 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.
11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12) Prescripción

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

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza

La Aseguradora, anualmente, podrá:

a) Actualizar el importe de las Primas.

b) Actualizar el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere la Condición General 4.4. (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 franquicias se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

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

1) Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

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

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

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

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

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

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

Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

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

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

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

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

Hospital o Clínica: Todo establecimiento, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.
Hospitalización: Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
Hospitalización de Día: Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.
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.
Médico o Facultativo: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.
Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.
Plazo o Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.
Póliza: El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.
Prestación: Consiste en cobertura económica de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.
Prima: El precio del Seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.
Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.
Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza.
Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que juntamente con La Aseguradora suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que La Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.
Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

2) Cartera de servicios con cobertura

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

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

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

2.1. MEDICINA PRIMARIA

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

2.2. 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 siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo. Queda excluida la cápsula endoscópica.**
- **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/m^2, 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, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel.
- **Cirugía torácica.**

- **Dermatología médico quirúrgica.**
- **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 limpieza de boca anual. A partir de la segunda limpieza anual, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos **(en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.**
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante Láser CO2.
- **Psicología Clínica:** Con un máximo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora.

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**. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (**Exclusivamente** para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro) y la rehabilitación cardiaca (**Exclusivamente** para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**
- **Reumatología.**
- **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.**

- **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.

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.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, **siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo**. Ligadura de trompas y vasectomía. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.**

2.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

2.5.1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.

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:

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
- Colonografía realizada mediante TAC (**exclusivamente** como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- Coronariografía por TAC (**exclusivamente** para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, **no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening**).
- PET/TAC (Quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco ^{18}F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tra-**

tamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos 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 designado por 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.

- 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 año natural.

- 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 designadas por 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 resincronizadores**, con exclusión de los desfibriladores),** válvulas cardiacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia **(con exclusión de los conductos valvulados),** stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular.
- **Osteoarticulares:** Prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales.
- **Mama:** Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada.
- **Oftalmológicos:** Lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas **(con exclusión de las lentes tóricas).**
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** Reservorios implantables (ports).
- **Implantes reparadores:** Mallas sintéticas para reconstrucción abdominal o torácica.

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, prótesis externas, ortesis 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.** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. **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 y en el tratamiento endoluminal de las varices. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**
- **Electrotermoterapia en rehabilitación.**
- **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.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica, y la radioterapia de intensidad modulada en los tumores intracraneales.
- **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 seis sesiones por año.**

3) Exclusiones

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

A) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

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

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

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

D) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado y los medicamentos de quimioterapia indicados en el apartado tratamientos especiales que se administren en hospital de día.

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

F) 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.
G) 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).
H) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
I) La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
J) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
K) 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.
No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), C), E) y F), 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 asistencia sanitaria cubierta por el Seguro será la que se preste en todas las ciudades españolas por facultativos, clínicas y otros establecimientos incluidos en el Cuadro Médico de La Aseguradora incluso Entidades de Seguro, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables.
La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:
4.1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los Médicos que realizan, dentro del Cuadro Médico de La Aseguradora, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza, que en cada momento se encuentren vigentes. El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurran todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.
4.2. La visita domiciliaria de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día.
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 AL ASEGURADOR POR CUALQUIER MEDIO FEHA-

CIENTE 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 franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

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

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

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

4.5. LA HOSPITALIZACIÓN O LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS PARA LOS QUE EL CUADRO MÉDICO IMPRESO ASÍ LO DETERMINA, SERÁ ORDENADA POR ESCRITO POR UN MÉDICO DE DICHO CUADRO Y EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA PREVIA CONFORMIDAD DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS.

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, el Asegurador 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 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 4.4. 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.	10 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y prótesis.	10 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	
Electrotermoterapia en rehabilitación.	3 meses
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, dermatología, el tratamiento endoluminal de las varices y el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.	10 meses
Diálisis.	10 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	10 meses
Litotricia renal.	10 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica.	10 meses

S.RE.21/13

El Tomador

El Asegurador

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
GERENCIA

Nº PÓLIZA

atención 24 h
902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas

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

Adeslas

Asistencia en viaje

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

| condiciones generales |

Adeslas

Adeslas **Asistencia en viaje**

Índice

1) DISPOSICIONES PREVIAS 3

2) COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE 3

1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero. 3
2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero. 3
3. Traslado sanitario o repatriación médica. 4
4. Gastos de regreso por alta hospitalaria. 4
5. Envío de un médico especialista al extranjero. 4
6. Envío de medicamento al extranjero. 4
7. Consulta o asesoramiento médico a distancia. 5
8. Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero. 5
9. Trámites administrativos para hospitalización en el extranjero. 5
10. Prolongación de estancia. 5
11. Gastos de desplazamiento de un acompañante. 5
12. Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado. 5
13. Gastos de regreso de acompañantes. 5
14. Retorno de menores. 6
15. Regreso anticipado del asegurado a causa del fallecimiento de un familiar. 6
16. Traslado o repatriación de restos mortales. 6
17. Acompañante de restos mortales. 6
18. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales. 6
19. Retorno de acompañantes del fallecido. 7
20. Fianzas y gastos procesales. 7
21. Servicio de información al viajero. 7
22. Servicio de información asistencial. 7
23. Transmisión de mensajes urgentes. 7
24. Adelanto de fondos. 7
25. Ayuda familiar. 7
26. Localización de equipajes u objetos personales perdidos. 8
27. Envío de objetos olvidados durante el viaje. 8
28. Pérdida de equipajes facturados en transporte público. 8
29. Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público. 8
30. Demora del viaje. 8
31. Cancelación de viaje. 9
32. Pérdida de conexiones. 9
33. Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero. 9
34. Pérdida de documentos personales. 9
35. Guía de países. 9

3) EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE 10

A) Exclusiones aplicables con carácter general a las coberturas de asistencia en viaje. 10

B) Exclusiones aplicables a las coberturas en caso de accidente o enfermedad. 10

C) Exclusiones aplicables a las coberturas en caso de fallecimiento. 11

4) DISPOSICIONES ADICIONALES 11

1) DISPOSICIONES PREVIAS

Asegurado: La persona física, beneficiaria del seguro de Asistencia Sanitaria de SegurCaixa 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) Coberturas 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 el Asegurador.** 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 el Asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en Euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

2) COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE

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, el Asegurador 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.

2) Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero

En el supuesto de viaje al extranjero, el Asegurador 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.

3) Traslado sanitario o repatriación médica

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o accidente, el Asegurador 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 el Asegurador se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado al mismo.
El Asegurador 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 del Asegurador 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.

4) Gastos de regreso por alta hospitalaria

El Asegurador 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.

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 3, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos del Asegurador, 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.

6) Envío de medicamento al extranjero

El Asegurador 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 1.

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 al Asegurador, 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.

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, el Asegurador 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.

9) Trámites administrativos para hospitalización en el extranjero

El Asegurador 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 del Asegurador.

10) 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, el Asegurador satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, hasta 80 euros por día y asegurado con un máximo de diez días por estancia.

11) 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, el Asegurador 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.

12) Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, el Asegurador satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital donde 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.

13) Gastos de regreso de acompañantes

En el caso de que el asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierta 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, el Asegurador 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.

14) Retorno de menores

Si el asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años, y quedasen sin asistencia por causa de fallecimiento, accidente, enfermedad o traslado de aquél cubierto por la Póliza, no pudiendo seguir el viaje, el Asegurador organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, satisfaciendo los gastos de viaje de un 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, el Asegurador proporcionará un acompañante.

15) Regreso anticipado del asegurado a causa del fallecimiento de un familiar

Si el asegurado debe interrumpir su viaje por el extranjero por fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los asegurados, el Asegurador 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 evento, 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.

16) Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje por el extranjero cubierto por la Póliza, se produjera el fallecimiento del asegurado, el Asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

17) Acompañante de restos mortales

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

18) 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, el Asegurador se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, hasta 80 euros por día, con un máximo de tres días.

19) Retorno de acompañantes del fallecido

Si el asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, el Asegurador 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.

20) Fianzas y gastos procesales

El Asegurador 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.

21) Servicio de información al viajero

El Asegurador 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.

22) Servicio de informacion asistencial

El Asegurador, 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.

23) Transmisión de mensajes urgentes

El Asegurador 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.

24) Adelanto de fondos

El Asegurador adelantará fondos al asegurado, en caso de necesidad hasta el límite de 1.500 euros. El Asegurador solicitará algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas al Asegurador por el asegurado en el plazo máximo de 30 días.

25) Ayuda familiar

Si por aplicación de las coberturas "Gastos de desplazamiento de un acompañante" o "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, el Asegu-

rador 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.

26) Localización de equipajes u objetos personales perdidos

El Asegurador 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.

27) Envío de objetos olvidados durante el viaje

En caso de que el asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, el Asegurador 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.

28) 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, el Asegurador 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.

29) 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, el Asegurador 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.

30) 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, el Asegurador satisfará la indemnización correspondiente, hasta el límite de 120 euros.

31) 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, el Asegurador 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.

32) 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 confirmado por retraso del transporte inicial, el Asegurador satisfará la indemnización correspondiente al asegurado, hasta el límite de 120 euros.

33) 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, el Asegurador 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.

34) 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, el Asegurador 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.

35) Guía de países

El Asegurador 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.

3) EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE

A) Exclusiones aplicables con carácter general a las coberturas de asistencia en viaje

Quedan excluidos de las coberturas señaladas en el apartado 2) Coberturas de Asistencia en Viaje, los siniestros que sean consecuencia de:

a) Práctica como profesional o federado de cualquier deporte, y competiciones deportivas.

b) Viajes de duración superior a noventa 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.

g) Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del asegurado para las garantías 30, 31 y 32.

B) Exclusiones aplicables a las coberturas en caso de accidente o enfermedad

Además de lo indicado en el punto A) son de aplicación las siguientes exclusiones:

a) Las Garantías y prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador 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, diagnóstico 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 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.

C) Exclusiones aplicables a las coberturas en caso de fallecimiento

Además de lo indicado en el punto A) son de aplicación las siguientes exclusiones:
a) Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del asegurado.
b) Gastos de inhumación y ceremonia, así como el coste del ataúd en la garantía de transporte o repatriación de restos mortales.

4) 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 a 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 concurran 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 del Asegurador.
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 al Asegurador.
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. El Asegurador 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.

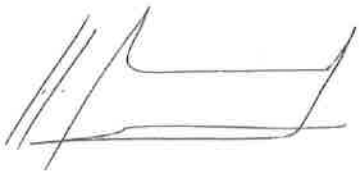
Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el asegurado solicite la prestación de los servicios del siguiente teléfono, desde cualquier lugar del mundo pudiéndolo hacer a cobro revertido.

34-91-745 32 80
SERVICIO PERMANENTE LAS 24 HORAS

S.RE.401/03

El Tomador

El Asegurador



Nº PÓLIZA

atención 24 h
902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas

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

Adeslas

Dental

Seguro de asistencia sanitaria dental.

condiciones generales

Adeslas

Adeslas **Dental**

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

Índice

CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales) 3

1. Cláusula preliminar. 3
2. Objeto del Seguro. 3
3. Pago de Primas. 3
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado. 4
5. Documentación a facilitar por el Asegurador. 5
6. Duración del Seguro. 5
7. Pérdida de derechos, rescisión del contrato. 5
8. Tratamiento de datos de carácter personal. 6
9. Estado y autoridad de control del asegurador. 6
10. Instancias de reclamación. 7
11. Comunicaciones y jurisdicción. 7
12. Prescripción. 8
13. Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza. 8

CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (condiciones generales) 9

1. Definiciones. 9
2. Cartera de servicios con cobertura. 10
3. Exclusiones. 10
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios. 10
5. Periodos de carencia. 11

1) Cláusula preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

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

2) Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de aquella asistencia que requiera en cualquier proceso de etiología dental de acuerdo con la descripción de la cobertura.

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

3) Pago de Primas

3.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.

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

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

el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

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

3.5. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

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

3.7. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

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

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

a) Declarar a La Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

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

d) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

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

f) Otorgar y facilitar la subrogación que a favor de La Aseguradora establece el artículo 82 de la Ley.

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

5) Documentación a facilitar por el Asegurador

Además de facilitar el acceso a la asistencia garantizada por la Póliza, 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 el documento identificativo del Asegurado o Asegurados y el Cuadro Dental. El Cuadro Dental podrá ser actualizado por La Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran.

Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de La Aseguradora la entrega del Cuadro Dental actualizado.

6) Duración del Seguro

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

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a La Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

7) Pérdida de derechos, rescisión del contrato

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

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).

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

c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).
d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).

8) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios incluidos en esta Póliza, así como aquellos otros, incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por La Aseguradora con el fin de mantener y dar cumplimiento al contrato de seguro suscrito y financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo.
El Tomador declara que los datos personales de los asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el expreso consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.
El Tomador asimismo manifiesta que ha obtenido de todos los asegurados su consentimiento para que La Aseguradora incorpore, a ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros, pudiendo cederlos a entidades colaboradoras (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro), con la única finalidad de gestionar el seguro contratado, así como, su caso, girar al tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.
El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26.

9) Estado y autoridad de control del asegurador

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

10) Instancias de reclamación

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

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

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin.

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

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

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

11) Comunicaciones y jurisdicción

11.1. Las comunicaciones a La Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, 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.

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

12) Prescripción

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

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza

La Aseguradora podrá actualizar anualmente el importe de la Prima y de las Franquicias. Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el Seguro, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

1) Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Anexo de Coberturas: Documento complementario e integrado en el de Condiciones Generales, en el cual se describen los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la Póliza.

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

Asegurador: 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.

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

Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por cada tipo o clase de servicio odontológico que, incluido en la cobertura del Seguro, se le preste al Asegurado. Dicho importe es diferente en función del profesional y/o clínica dental utilizada y de la modalidad de franquicia (Dental u Óptima) aplicada por cada uno de ellos. Su cuantía, que viene determinada en el Anexo de Coberturas integrado en las Condiciones Generales puede ser actualizada anualmente.

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, el Anexo de Coberturas, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Anexos que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

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.

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

2) Cartera de servicios con cobertura

Las actuaciones sanitarias cubiertas por la Póliza se relacionan en el Anexo de Coberturas que se incorpora a estas Condiciones Generales y que forma parte integrante e inseparable de ellas. En dicho Anexo se especifican asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto a cargo del Asegurado que variarán en función del profesional o establecimiento sanitario utilizado conforme a la relación editada en el Cuadro Dental.

3) Exclusiones

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

A) LOS DAÑOS FÍSICOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE GUERRAS, MOTINES, REVOLUCIONES Y TERRORISMO; LOS CAUSADOS POR EPIDEMIAS DECLARADAS OFICIALMENTE; LOS QUE GUARDEN RELACIÓN DIRECTA O INDIRECTA CON RADIACIÓN O REACCIÓN NUCLEAR Y LOS QUE PROVENGAN DE CATACLISMOS (TERREMOTOS, INUNDACIONES Y OTROS FENÓMENOS SÍSMICOS O METEOROLÓGICOS).

B) LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS A CAUSA DE EMBRIAGUEZ, RIÑAS (SALVO EN CASO DE LEGÍTIMA DEFENSA) Y AUTOLESIONES.

C) EN GENERAL, CUALESQUIERA OTROS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS NO INCLUIDOS EXPRESAMENTE EL ANEXO DE COBERTURAS.

4) Forma de obtener la cobertura de los servicios

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

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

4.3. La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro será prestada por los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos en el Cuadro Dental de La Aseguradora de la provincia de contratación de la Póliza, que la Compañía entregará al Asegurado con especificación del tipo de Franquicia correspondiente al centro, centro o centros permanentes de urgencia, y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos.

Cuando el Asegurado se desplace a una provincia distinta a la de contratación de la Póliza, podrá recibir la asistencia cubierta en los centros que se establecen en el Cuadro Dental y conforme a las Franquicias correspondientes al centro elegido.

LA ASEGURADORA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO DENTAL, NI DEL IMPORTE DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.

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

4.5. En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.

4.6. En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro de La Aseguradora. El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Coberturas.

Desde que sean implantadas, las prótesis tendrán un plazo de dos años de garantía contra el desgaste o deterioro que sufran, siempre que sean utilizadas correctamente.

4.7. Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudirse al centro de urgencia que La Aseguradora tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el Cuadro Dental que entrega al Asegurado.

5) Periodos de carencia

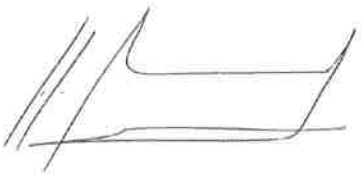
Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La Aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.

SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES EN CUYO COSTE SE ESTABLECE UNA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO (FRANQUICIA), QUE TENDRÁN UN PERIODO DE CARENCIA DE TRES MESES.

S.RE.28/10

El Tomador

El Asegurador



Nº PÓLIZA

atención 24 h
902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas

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

Adeslas

Anexo nº 2 de coberturas

ADESLAS PLUS DENTAL **2015**

COBERTURAS	FRANQUICIAS
A) ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Consulta	NADA
Revisión	NADA
Consulta urgente	NADA
Limpieza de boca. Tartrectomía – (ambas arcadas)	NADA
Educación bucodental	NADA
Fluorizaciones. Sesión	NADA
Selladores oclusales (por pieza)	6,00 €
Tratamiento con férula blanda	65,00 €
Férula mejorada del sueño (antirronquidos)	668,00 €
Revisión periódica y ajuste férula mejorada del sueño	37,00 €
B) PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
Ortopantomografía (panorámica dental) (1)	NADA
Telerradiografía lateral o frontal de cráneo (1)	NADA
Radiografías odontológicas	NADA
Estudio radiológico 3D	124,00 €
Estudio tomográfico (TAC). Una arcada	124,00 €
Estudio tomográfico (TAC). Dos arcadas	160,00 €
Radiografía transcraneal boca cerrada y abierta	68,00 €
C) OBTURACIONES	
Obturación	41,00 €
Restauración de ángulos	41,00 €
Reconstrucción coronaria (tornillos, pines incluidos)	53,00 €
Reconstrucción coronaria con postes o pernos	60,00 €
Protección pulpar	NADA
D) ENDODONCIAS PULPECTOMÍAS	
Endodoncias unirradiculares	71,50 €
Endodoncias birradiculares	93,00 €
Endodoncias multirradiculares	112,50 €
Reendodoncias	131,00 €
E) PERIODONCIA	
Limpieza de boca. Tartrectomía – (ambas arcadas)	NADA
Periodontograma	NADA
Injerto libre de encía	145,00 €
Curetaje por cuadrante (raspado y alisado radicular)	35,50 €
Alargamiento coronario	142,00 €
Colgajo reposición apical (por cuadrante)	199,00 €
Ferulización de dientes (por sextante)	161,00 €
Ferulización de dientes (por diente)	27,00 €
Mantenimiento periodontal (por arcada)	39,00 €
Cirugía a colgajo (por diente)	46,00 €
Tratamiento de periimplantitis (levantar prótesis, limpiar, desbridar)	81,50 €
Gingivectomía parcial (por cuadrante)	30,50 €
Colocación de materiales biológicos (hueso liofilizado y otros biomateriales)	240,00 €
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbibles	230,00 €
F) ODONTOPEDIATRÍA (Tratamientos para menores de 15 años)	
Tratamiento con mantenedor de espacio fijo	72,00 €
Tratamiento con mantenedor de espacio móvil	63,00 €
Selladores oclusales (por pieza)	6,00 €

082-7200006

Adeslas

ADESLAS PLUS DENTAL

Obturación	41,00 €
Reconstrucción coronaria	53,00 €
Apicoformación (por sesión)	22,00 €
Endodoncia en diente temporal (pulpectomía)	63,00 €
Pulpotomía	50,50 €
Colocación corona preformada de metal	61,00 €
Reimplantación de piezas (por pieza)	78,00 €
Ferulización de dientes (por diente)	27,00 €

G) ORTODONCIA

Estudio ortodoncia (fotografías, modelos, estudio cefalométrico, ortopantomografía y telerradiografía)	NADA
Visitas periódicas de revisión ortodoncia	33,00 €
Visita de revisión post-tratamiento ortodoncia	20,00 €
Visita urgente de ortodoncia	NADA
Tratamiento interceptivo con aparatología funcional fija (por aparato)	310,50 €
Tratamiento interceptivo con aparatología funcional móvil (por aparato)	225,00 €
Tratamiento ortodóncico fijo con brackets metálicos (cada arcada)	320,00 €
Tratamiento ortodóncico fijo con brackets de zafiro (transparentes)	578,00 €
Tratamiento ortodóncico fijo con brackets de estéticos cerámicos (cada arcada)	518,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos de resina o policarbonato (cada arcada)	463,00 €
Colocación de aparatos auxiliares (quahelix, bihelix, botón de nance, barra palatina, mentoneras, anclajes extraorales, bumper, máscara facial) (cada aparato)	110,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (cada arcada)	650,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (cada arcada)	780,00 €
Colocación de microimplantes (por unidad)	124,00 €
Reposición de brackets (unidad)	3,00 €
Reposición de brackets estéticos (unidad)	8,00 €
Reposición de bracket autoligables (unidad)	9,50 €
Reposición de bracket de zafiro (unidad)	16,50 €
Reposición de brackets estéticos cerámicos (unidad)	11,00 €
Reposición de brackets autoligables estéticos (unidad)	19,00 €
Colocación placas retención, férula o hawley (unidad)	82,00 €
Retención fija. Ferulización de dientes (por sextante)	161,00 €
Renovación aparatología móvil, cambio, pérdida o rotura	145,00 €
Compostura en aparatología móvil o fija	37,00 €
Cajitas de ortodoncia	NADA

H) PRÓTESIS FIJA (* ver nota)

Preparación, prescripción y colocación de:

Mantenedor de espacio fijo	72,00 €
Corona provisional acrílico	23,50 €
Casquillos de metal como provisional	10,00 €
Muñón colado (corona aparte)	72,00 €
Corona o puente metal porcelana (por pieza)	190,00 €
Reparaciones o composturas de porcelana (por pieza)	55,00 €
Pegar coronas o puentes	NADA
Retirar y cortar puentes	42,00 €
Puente Maryland (pieza y dos apoyos)	303,00 €
Corona o puente cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empress (por pieza)	360,00 €
Corona o puente de zirconio (por pieza)	390,00 €

I) PRÓTESIS REMOVIBLE ACRÍLICA (* ver nota)

Preparación, prescripción y colocación de:

Mantenedor de espacio móvil	63,00 €
Prótesis removible completa (superior o inferior)	282,00 €
Prótesis parcial removible acrílico hasta 6 piezas, total, (incluidos los ganchos o retenedores)	208,00 €
Prótesis parcial removible acrílico de 7 a 10 piezas, total, (incluidos los ganchos o retenedores)	263,00 €
Prótesis parcial removible acrílico de 11 piezas en adelante, total, (incluidos los ganchos o retenedores)	272,00 €
Composturas o reparación (ganchos, refuerzos, retenedores, agregar piezas, soldaduras...)	35,00 €

082-7200006

Adeslas

ADESLAS PLUS DENTAL

Refuerzos metálicos	44,00 €
Rebases (cada arcada)	43,50 €
Rebases blandos (por arcada)	65,00 €
Recargo resina hipoalérgica (cada arcada)	47,50 €

J) PRÓTESIS REMOVIBLE FLEXIBLE (* ver nota)

Preparación, prescripción y colocación de:

Prótesis Valplast o Flexite de 1 a 2 piezas	489,00 €
Prótesis Valplast o Flexite de 3 a 5 piezas	525,00 €
Prótesis Valplast o Flexite más de 6 piezas	565,00 €
Preparación y colocación de reparaciones o composturas	72,00 €
Por piezas añadidas (cada una)	73,00 €
Neobase (hasta 5 piezas)	81,00 €
Neobase (más de 5 piezas)	167,00 €
Valplast o Flexite incluyendo esquelético y piezas de 1 a 5 piezas	550,00 €
Valplast o Flexite incluyendo esquelético y piezas de 6 ó más	609,00 €

K) PRÓTESIS ESQUELÉTICOS (* ver nota)

Preparación, prescripción y colocación de:

Esquelético (estructura base para una o varias piezas)	162,00 €
Terminación en acrílico por pieza en esquelético	47,00 €
Piezas sochapadas, cara oclusal metálica (cada una)	38,00 €
Composturas o reparación (ganchos, refuerzos, retenedores, agregar piezas, soldaduras...)	35,00 €
Sujetadores de precisión (attaches) (cada unidad)	110,00 €
Ganchos estéticos (resina acetálica) (cada uno)	89,00 €
Reposición de sistemas de retención (caballitos o teflones)	52,00 €

L) CIRUGÍA ORAL

Exodoncia simple. Extracción pieza dentaria (1)	NADA
Cordal incluido. Extracción una pieza con o sin quiste (1)	NADA
Otras piezas dentarias incluidas. Extracción una pieza con o sin quiste (1)	NADA
Restos radiculares con cirugía (1)	NADA
Quiste odontogénico	NADA
Cordal no incluido. Extracción una pieza. Con o sin quiste (1)	NADA
Apicectomía	79,00 €
Fenestración (1)	NADA
Frenillo lingual o labial. Frenectomía (1)	NADA
Amputación radicular terapéutica (hemisección)	60,00 €
Regularización de bordes alveolares	58,50 €
Toma de biopsia	NADA
Torus maxilares	54,00 €
Gingivectomía parcial (por cuadrante)	30,50 €

M) IMPLANTOLOGÍA FASE QUIRÚRGICA

Colocación de un implante	690,00 €
Revisiones implantología	24,00 €
Elevación de seno	335,00 €
Colocación de materiales biológicos (hueso liofilizado y otros biomateriales)	240,00 €
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	230,00 €
Colocación de injerto de hueso liofilizado en bloque	495,00 €
Colocación de membranas no reabsorbibles (incluye retirada)	548,00 €
Colocación de 6 mini-implantes (arcada superior)	1.582,00 €
Colocación de 4 mini-implantes (arcada inferior)	1.312,00 €

N) IMPLANTOLOGÍA FASE PROTÉSICA (* ver nota)

Estudio implantológico	NADA

Preparación, prescripción y colocación de:

Corona o puente metal porcelana sobre implantes (por pieza)	319,00 €

082-7200006

Adeslas

ADESLAS PLUS DENTAL

Corona o puente de zirconio sobre implantes (por pieza)	399,50 €
Corona provisional sobre implantes (por pieza)	74,00 €
Prótesis mesosoportada, híbrida (por arcada)	1.825,00 €
Prótesis mucosoportada sistema barra (incluye barras y caballitos) (por arcada)	820,00 €
Prótesis mucosoportada (por arcada)	820,00 €
Refuerzo colado prótesis mucosoportada	158,00 €
Sistema de anclaje de sobredentaduras (por bolas, locators,...) (por unidad)	200,00 €
Reposición de sistemas de retención (caballitos o teflones o hembras de sobredentadura)	52,00 €
Reposiciones de completas con caballitos sobre barra (caballitos o teflones)	410,00 €
Aditamentos protésicos (por pilar)	115,00 €
Aditamentos protésicos de zirconio (por pilar)	185,00 €
Mantenimiento anual implantológico. Limpieza, prótesis, colocación de tapones	19,00 €
Mantenimiento anual prótesis mesosoportada, híbrida (por arcada)	76,00 €
Adaptación de prótesis completa a mini-implantes (por unidad)	162,00 €
Prótesis removible completa fijada con mini-implantes (superior o inferior)	282,00 €

Ñ) ESTÉTICA DENTAL (* ver nota)

Preparación, prescripción y colocación de:

Incrustación porcelana	153,00 €
Carillas de porcelana (por pieza)	205,00 €
Corona o puente cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empress (por pieza)	360,00 €
Corona o puente de zirconio (por pieza)	390,00 €
Blanqueamiento dental en consulta (lámpara plasma, láser...) Total	310,00 €
Blanqueamiento interno dental por pieza cada sesión	55,00 €
Blanqueamiento dental en domicilio (férulas, kit y visitas incluidas)	180,00 €
Blanqueamiento dental combinado consulta más domicilio	425,00 €
Carillas de composite (por pieza)	86,00 €

O) PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR-ATM

Estudio articulación, anamnesis, exploración, toma de registros, montaje y análisis articulador	111,00 €
Revisión periódica	37,00 €
Tallado selectivo, ajuste oclusal (incluye montaje de modelos en articulador semiajustable) (Tratamiento completo)	92,00 €
Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan	195,00 €
Tratamiento con férula de adelantamiento mandibular	286,00 €
Reparaciones, rebases y reajustes de férula	38,00 €
Colocación de botones y elásticos clase III (unidad)	151,00 €

P) VARIOS

Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cot.
Encerado diagnóstico (por pieza)	20,00 €

Q) ORTODONCIA INVISIBLE

(solo en clínicas autorizadas consultar disponibilidad)

Tratamiento ortodóncico con ortodoncia invisible (entrada)	1.925,00 €
Visitas periódicas de revisión ortodoncia invisible (por mes)	130,00 €
Estudio ortodoncia invisible	200,00 €
Renovación por pérdida de alineador (unidad)	173,00 €
Reinicio de tratamiento por interrupción (nuevo estudio)	432,00 €
Corrección durante el tratamiento (estudio y alineadores)	243,00 €
Fase de retención con retenedores invisibles	200,00 €

*NOTA: Todos los productos sanitarios, incluidas las prótesis, reparaciones, añadidos de piezas o componentes de las mismas, son fabricados, realizados y comercializados por laboratorios debidamente autorizados para ello.

(1) Estos servicios serán gratuitos a través del cuadro de asistencia sanitaria y previa autorización de SegurCaixa Adeslas.

Franquicias válidas salvo error tipográfico.

082-7200006