



CONDICIONES  
GENERALES

# PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA

Seguro de enfermedad

SEGURO **Adeslas**

**El Corte Inglés**



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

## Cláusulas Jurídicas

### Condiciones Generales Comunes (C.G.C.)

**3**

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

### Condiciones Generales Descriptivas de la cobertura (C.G.D.)

**12**

1. Definiciones.	12
2. Cobertura de asistencia sanitaria.	15
3. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria.	25
4. Forma de obtener la cobertura.	29
5. Servicios sanitarios especiales.	32
6. Límites de capital asegurado aplicables a la cobertura de prótesis fijas.	34
7. Periodos de carencia.	36



## Condiciones Generales Comunes (C.G.C.)

### 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.
2. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (en adelante, la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato.
3. El Tomador durante la vigencia de la póliza deberá tener su residencia habitual en España. Este requisito es aplicable también a los Asegurados.

### 2. Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza, y mediante el pago de la prima, y los servicios sanitarios especiales que en cada caso corresponda, SegurCaixa Adeslas 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 el apartado “Cobertura de asistencia sanitaria” (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) de este Condicionado General, asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En todo caso, SegurCaixa Adeslas 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. Las prestaciones sanitarias incluidas en citado apartado “Cobertura de asistencia sanitaria” (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) de este Condicionado General, serán de aplicación de forma exclusiva en territorio nacional. Sólo serán exigibles en el extranjero aquellas coberturas señaladas en las Condiciones Generales de Asistencia en Viaje en el extranjero.

La prestación de los servicios sanitarios especiales reflejados en el apartado específico se circunscribe de forma exclusiva a Álava, Guipúzcoa y Vizcaya y en los centros concertados por la Aseguradora para tal efecto. El Asegurado no tendrá acceso a la prestación de tales servicios en el resto de territorio nacional.



### 3. Pago de primas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

c) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

d) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro.



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

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el cuestionario de salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en el apartado “Periodos de carencia” (Condiciones Generales Descriptivas 7ª) de estas Condiciones Generales.

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

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

f) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

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

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

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de la Aseguradora y que ésta se entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.



En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y facilitar una nueva tarjeta al domicilio 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.

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

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

### 5. Otras obligaciones de la Aseguradora

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

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

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



## 6. Duración del seguro

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

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

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

## 7. Pérdida de derechos, resolución del contrato

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

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

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

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

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



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

d) Cuando el Tomador deje de tener su residencia habitual en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación causará baja en la póliza. Si esta persona desea contratar un nuevo seguro y lo hace antes de que transcurra un mes desde la comunicación citada, la Aseguradora mantendrá los derechos adquiridos siempre que contraten las mismas coberturas.

### 8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora

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

### 9. Instancias de reclamación

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

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

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

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

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

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



### 10. Comunicaciones y jurisdicción

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

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

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

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

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

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

### 11. Prescripción

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



### 12. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- a) Actualizar el importe de las primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente a los servicios sanitarios especiales.
- c) Actualizar los límites de capital asegurado aplicables a la cobertura de prótesis fijas.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere el apartado “Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado” (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de estas Condiciones Generales, y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones de primas se fundamentarán en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro, del incremento del coste de las asistencias sanitarias, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del seguro la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

El Tomador del seguro, al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

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



## Condiciones Generales Descriptivas de la cobertura (C.G.D.)

### 1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

**Servicio sanitario especial:** son aquellas prestaciones sanitarias que de forma exhaustiva se relacionan en el apartado específico y cuya cobertura con cargo al seguro se facilita únicamente en el ámbito geográfico el País Vasco y por los profesionales y/o centros sanitarios designados por la Aseguradora. El acceso a estas prestaciones requerirá, en todo caso, el cumplimiento por el Asegurado de los requisitos establecidos en dicha cláusula. El pago de la cantidad establecida se efectuará en el momento de la solicitud de la autorización del servicio por parte del Asegurado mediante los medios establecidos por la Aseguradora.

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

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



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

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

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

## 2. Coberturas de asistencia sanitaria

Las especialidades, prestaciones sanitarias y coberturas accesorias cubiertas por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado “Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria” (Condiciones Generales Descriptivas 3ª).

**Para todas las coberturas que se relacionan a continuación, que requieran prescripción médica, la misma deberá de realizarse previamente por los Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.**

### 2.1. Atención Primaria

- **Medicina General o de Familia:** En consulta y a domicilio.
- **Pediatría:** En consulta, hasta los 14 años.
- **Servicio de Enfermería:** En consulta y a domicilio. En este último caso previa prescripción de un médico del cuadro de la Aseguradora.

### 2.2. Urgencias

- **Urgencias.** Asistencia permanente en los centros indicados por la Aseguradora en el Cuadro Médico. La asistencia será domiciliaria cuando el estado del enfermo así lo requiera prestada por médico generalista y/o asistencia de enfermería.
- **Urgencias en desplazamiento ocasional o temporal.** Fuera del ámbito territorial de la Aseguradora y dentro del territorio nacional, en los centros concertados por la Aseguradora y/o sus entidades colaboradoras, según se recoge en el Cuadro Médico de la Aseguradora.



## 2.3. Especialidades

- **Alergología.**
- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica.**
- **Anestesia y Reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Se incluye el láser para tratamiento de varices sujeto a servicio sanitario especial, **siempre y cuando no sea por motivos estéticos.**
- **Aparato Digestivo.** Se incluye la disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 centímetros en las que se ha descartado la polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
- **Cardiología.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.** Se incluye la cirugía robótica por patología oncológica sujeta a servicio sanitario especial y se incluye la cirugía de la obesidad, **exceptuando las técnicas endoscópicas**, para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, o a 35 si se asocian comorbilidades mayores sujeta a servicio sanitario especial en centros específicamente designados por la Aseguradora.
- **Cirugía Maxilo-Facial.** Se excluyen los injertos óseos y los implantes osteointegrados, las prótesis y los tratamientos periodontales preimplantológicos y preprotésicos, así como las pruebas diagnósticas solicitadas u otras técnicas, destinadas a estos fines.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.** Excluida la puramente estética salvo la reconstrucción de la mama oncológica afectada tras mastectomía radical y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última **con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica.** Incluida la técnica microquirúrgica para la reconstrucción mamaria postmastectomía, sujeta a servicio sanitario especial. Se incluye la cirugía de la hipertrofia mamaria **exclusivamente** cuando haya que extirpar un mínimo de 500 gr en cada mama, igual o más de 28 cm de distancia yugulum-pezón, con una estatura media de 160 cm (ajustado a la altura) y que presenten una dorsalgia provocada o agravada por la hipertrofia de mama. **No tendrán indicación de cirugía aquellas pacientes que, aun cumpliendo los criterios anteriores, tengan un IMC > de 30, las menores de 18 años o que se planteen un embarazo.**



- **Cirugía Torácica.** Se incluye la cirugía robótica en cirugía torácica por patología oncológica sujeta a servicio sanitario especial en centros específicamente designados por la Aseguradora.
- **Dermatología y Venereología.**
- **Diagnóstico por imagen.** Solamente cubre las técnicas habituales como Radiología general, Ecografías, Mamografías convencionales y Densitometría ósea. Los medios de contraste serán por cuenta de la Aseguradora.
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Ginecología y Obstetricia.** Incluye la implantación del DIU, (incluyendo el coste del dispositivo y estando sujeto a franquicia el dispositivo hormonal), el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad y la Ligadura de trompas. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), **exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.** Se incluye la Cirugía robótica en Ginecología por patología oncológica sujeta al servicio sanitario especial correspondiente.
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Microbiología y Parasitología.**
- **Nefrología.** Incluye la Hemodiálisis en procesos agudos, **se excluye la Hemodiálisis en procesos crónicos.**
- **Neumología.** Se excluye el tratamiento de los trastornos respiratorios durante el sueño, CPAP y BIPAP.
- **Neurocirugía.** Excluida la Radiocirugía y Cirugía Estereotáxica, la Cirugía del Parkinson y la Cirugía de la Epilepsia. Excluida la cirugía endoscópica de columna.
- **Neurofisiología Clínica.** Se excluye la Cartografía cerebral (Mapping).
- **Neurología.**
- **Odontología.** Únicamente se encuentran cubiertas las curas estomatológicas y extracciones, así como una limpieza de boca anual, y radiografías destinadas para estos fines. **No se incluye en el concepto de Curas Estomatológicas la Cirugía Periodontal ni el tratamiento periodontal: Raspajes y alisados.**



- **Oftalmología.** Incluido el trasplante de córnea (**la córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado**), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica y la inyección intravítrea de fármacos (**en estos dos últimos casos, el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado**). **Se excluye la corrección de la Miopía, del Astigmatismo, de la Hipermetropía y de otras alteraciones de la refracción por cualquier método o técnica.**

- **Oncología.**

- **Otorrinolaringología.**

- **Psicoterapia con un límite de 20 sesiones al año. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis, la narcolepsia y la sofrología.**

- **Psiquiatría.**

- **Reumatología.**

- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Se incluye la cirugía de prótesis rodilla asistida por Robot, sujeta a servicio sanitario especial, en centros específicamente designados por la Aseguradora. **Se excluye la cirugía endoscópica de columna.**

- **Urología.** Incluye la Vasectomía. Incluye la Cirugía Robótica en urología por patología oncológica sujeta a servicio sanitario especial correspondiente de la póliza y la Fotovaporización con láser verde. Incluye la biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, **como máximo un (1) año antes de la solicitud de esta prueba, y persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA).**

### 2.4. Medicina Preventiva

Se incluyen los siguientes controles preventivos específicos, según protocolos comúnmente aceptados, 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 que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas para el diagnóstico precoz de enfermedades. Las pruebas diagnósticas estarán sujetas a los periodos de carencia que, en cada caso, se establecen en los epígrafes posteriores:

- **Pediatría:** incluye la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas) y exámenes periódicos de salud para el control del desarrollo infantil.



- **Aparato Digestivo:** incluye la consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas como el test de sangre oculta en heces o colonoscopia.
- **Cardiología:** prevención del riesgo coronario que incluye la consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas según criterio médico como ECG, analítica básica de sangre y orina y prueba de esfuerzo.
- **Neumología:** incluye la consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas como radiografía de tórax.
- **Ginecología:** incluye la revisión ginecológica para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Asimismo, incluye la consulta y exploración con especialista, así como las pruebas diagnósticas básicas como ecografía, mamografía, citología y virus papiloma humano.
- **Urología:** incluye la consulta médica con el especialista, así como el análisis de sangre básico (incluyendo determinación de antígeno específico) y ecografía prostática.

### 2.5. Otros Métodos Terapéuticos

- **Fisioterapia y Rehabilitación:** Está comprendida **únicamente con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo**, previa prescripción de un médico concertado por la Aseguradora. Se prestará siempre en los centros designados por la Aseguradora. En régimen de hospitalización quedara cubierta la rehabilitación del aparato locomotor durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación.

Queda incluido el drenaje linfático post linfadenectomía que se precise **dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la realización de la intervención**. También se incluye la rehabilitación de suelo pélvico. La rehabilitación del suelo pélvico post-parto y la rehabilitación cardiaca en régimen ambulatorio incluidas como servicio sanitario especial y se prestarán en los centros específicamente designados por la Aseguradora. Se incluye la Electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas.

**Se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas, congénitas, neurológicas y degenerativas.**

- **Hemodinámica Vascolar.**
- **Litotricia:** Únicamente renal y músculo-esquelética.



- **Logofoniatría.** Incluye los tratamientos de alteraciones de la voz causados por afección de origen orgánico. Los tratamientos objeto de cobertura quedan **limitados a 90 sesiones por año. Se excluye toda prevención, estudio y corrección de trastornos del lenguaje de cualquier origen. Además queda excluida la terapia de la afectación de la voz y su mecanismo en patologías congénitas, psíquicas, neurológicas y degenerativas, tanto de origen primario como secundario.**
- **Nutrición Parenteral.** En centro hospitalario.
- **Oncología.**
- **Quimioterapia,** en régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha del producto y cuya administración sea por vía parenteral. **Se excluyen de la cobertura los anticuerpos monoclonales, conforme a lo dispuesto en el apartado 23 del epígrafe de “Exclusiones comunes a la cobertura de asistencia sanitaria”.**
- **Radioterapia, ambulatoria y hospitalaria.** Incluye los tratamientos de intensidad modulada siempre que sean prestados en centros específicamente designados por la Aseguradora. **Se excluye la radiocirugía extereotáxica intracraneal y extracraneal, así como los tratamientos de tomoterapia, la protonterapia y la neutronterapia.**
- **Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia ambulatoria y a domicilio.** La medicación será por cuenta del Asegurado.
- **Radiología Vascular Intervencionista.**
- **Psicoterapia.** Límite de 20 sesiones al año. Previa prescripción de un psiquiatra del cuadro de la Aseguradora. **Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis, la narcolepsia y la sofrología.**
- **Transfusiones, de sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano.**
- **Unidad del Dolor.** Quedan incluidos los reservorios implantables. **Se excluyen los tratamientos con radiofrecuencia y/o con sistemas implantables, así como los materiales y generadores de cualquier tipo.**
- **Endoscopia avanzada.** Incluye la disección submucosa, mucosectomía y ablación con radiofrecuencia (E. Barret).



### 2.6. Otros Métodos Diagnósticos

- Electrocardiogramas.
- Encefalogramas.
- Holter.
- Prueba de esfuerzo.
- Eco-intracavitario.
- Ecocardiogramas, Doppler y Cardiotocografía en embarazo e intra-parto.

### 2.7. Medios Diagnósticos de Alta Tecnología

- Arteriografía Digital (DIVAS).
- Cápsula endoscópica.
- Coronariografía.
- Eco de estrés.
- Eco-Doppler.
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.).
- Endoscopia.
- Gammagrafía: Excluido el Dat-Scam.
- Mamotomía (MIBB).
- Microbiopsia.
- **PET/TAC oncológico** para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el radiofármaco 18-fludesoxiglucosa (18 FDG) y el radiofármaco 18F-colina en las indicaciones clínicas y en los centros específicamente designados por la Aseguradora y sujeto a servicio sanitario especial correspondiente.
- **Pruebas para la detección de malformaciones en el embarazo: exclusivamente amniocentesis o biopsia corial.**
- **Diagnóstico genético prenatal en sangre materna** incluida como servicio sanitario especial. Incluye test DNA fetal básico en sangre materna para diagnóstico de las trisomías 13, 18 21 y test DNA fetal ampliado a estudio de 7 síndromes de microdeleciones.
- **Resonancia Magnética:** el medio de contraste será a cargo de la Aseguradora.
- **Scanner y TAC 64:** el medio de contraste, será a cargo de la Aseguradora.
- **Polisomnografía nocturna.**



- **Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria:** incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales. **Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica.** Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en la misma intervención y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.

### 2.8. Hospitalización

- **Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).** La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un **máximo de 50 días por año natural.**

- **Hospitalización Pediátrica (sin intervención quirúrgica).** La duración del internamiento objeto de coberturas comprende un **máximo de 50 días por año natural.** Asimismo, incluye la hospitalización en **unidad de neonatología con un máximo de 30 días por año natural.**

- **Hospitalización Obstétrica (Parto).** Se incluye la asistencia a partos convencionales atendidos por especialistas en obstetricia y matrona e incluye la anestesia epidural, quedando **expresamente excluidos los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos. Se excluyen las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.** Será también por cuenta de la Aseguradora, la Vacuna Anti RH aplicada a la Asegurada durante su permanencia en Clínica, en post-parto inmediato.

- **Hospitalización Psiquiátrica.** La duración del internamiento objeto de cobertura comprenderá hasta **50 días por año natural, continuos o alternos. Se excluye la hospitalización por razón de toxicomanías o drogodependencias, así como la provocada por trastornos de la personalidad. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.**

- **Hospitalización Quirúrgica.** La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización.

- **Hospitalización en Unidad Coronaria (sin intervención quirúrgica).** La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un **máximo de 50 días por año natural. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.**

- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (sin intervención quirúrgica):** La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un **máximo de 50 días por año natural. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.**



La Hospitalización será, en todos los casos, en centros concertados, en habitación individual e incluye manutención, curas y material, derechos de quirófano, anestesia y medicación. **Incluida la cama de acompañante con excepción de los casos expresamente excluidos. En los casos de Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica), transcurridos los límites establecidos, la Aseguradora sólo se hará cargo de los honorarios médicos, análisis y las pruebas diagnósticas incluidos en la póliza.** Se entenderá como nuevo proceso aquél que requiera nuevo internamiento después de los tres días siguientes a contar desde la fecha de alta.

- **Hospitalización Domiciliaria.** Posterior a un ingreso siempre y cuando sea sustitutivo o continuidad de la hospitalización en Clínica e indicado por el profesional responsable del paciente y siempre que la Aseguradora tenga concertada la prestación de esta asistencia en ese lugar, en caso de tratarse de un proceso médico se aplicará el límite máximo conjunto de la Hospitalización Médica.

### 2.9. Otros servicios

- **Ambulancia.** Dentro de la provincia de residencia del Asegurado, para pacientes cuyo estado físico lo requiera, que deban desplazarse desde su residencia habitual a centros concertados de la misma provincia, para un ingreso hospitalario o recibir servicio de urgencia. En cualquier caso, será necesaria la solicitud o prescripción, por escrito, del Médico o Centro de Urgencia concertado por la Aseguradora. **El trayecto de regreso al domicilio, será por cuenta del Asegurado, salvo en el caso de persistir las mismas circunstancias de incapacidad.** El transporte, en todo caso, será terrestre y sólo se realizará en vehículo sanitario cuando sea estrictamente necesario, a juicio médico. **En ningún caso, está incluido en la cobertura de este servicio, el desplazamiento a la consulta habitual de un Facultativo, o para tratamientos de Rehabilitación, Diálisis, Radioterapia, Electroterapia, etc.**

- **Nido:** para el recién nacido, durante la hospitalización obstétrica por maternidad.

- **Podología:** con un máximo de 2 sesiones ambulatorias al año.

- **Preparación al Parto.**

- **Prótesis fijas.** Serán suministradas en todo caso por las empresas designadas por la Aseguradora, y serán por cuenta de la Aseguradora **exclusivamente las prótesis internas y fijas que se especifican hasta los límites de capital asegurado establecidos en el epígrafe específico.**

- **Traumatología y Cirugía Ortopédica:** Prótesis internas traumatológicas, incluyendo el material interno de osteosíntesis, y el material osteoligamentoso biológico obtenido en bancos de tejidos nacionales.



- **Aparato Cardiovascular:** Válvulas cardíacas, stent, bypass vascular (**se excluye expresamente los empleados en aorta y tramos vasculares intracraneales, así como las endoprótesis**) y marcapasos temporal o definitivo **excepto los MRI y excluyendo también cualquier tipo de desfibriladores.**
- **Aparato Digestivo:** Endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal **exclusivamente** en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. **Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.**
- **Ginecología:** Prótesis de mama post-mastectomía y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía de origen neoplásico y la remodelación de la mama sana contralateral, **esta última con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica.**
- **Neurocirugía:** Válvulas de derivación.
- **Oftalmología:** Lente intraocular (monofocal y bifocal) para corrección de la astigmatismo tras cirugía de cataratas, **excluyendo las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendido), trifocales y otras lentes de corrección visual añadida.**
- **ORL:** Prótesis de tímpano. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osecular (martillo, yunque y estribo).
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.**
- **Otros materiales quirúrgicos:** mallas abdominales estándar y sistemas de suspensión urológica estándar para incontinencia urinaria.

**El coste de cualquier otro tipo de prótesis, implante quirúrgico, material biológico o sintético, piezas anatómicas y ortopédicas serán por cuenta del Asegurado.**

- **Segunda Opinión Médica:** permite el acceso a la opinión de especialistas de renombre a nivel mundial para contrastar el diagnóstico y el tratamiento en caso de enfermedad grave. El Asegurado recibirá en su domicilio el Informe de Segunda Opinión Médica. Este servicio será prestado de acuerdo con las condiciones establecidas por la Aseguradora.



### 3. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria

Además de las exclusiones específicas establecidas en el apartado de descripción de las garantías, serán de aplicación a toda la cobertura de asistencia sanitaria, las siguientes exclusiones:

1. La asistencia sanitaria derivada de accidentes laborales y enfermedades profesionales, siempre que exista un seguro específico que cubra al Asegurado o un tercero civilmente responsable.

2. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, salvo los derivados de la asistencia concertada expresamente en centros determinados.

3. La asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional.

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

4. La asistencia sanitaria derivada de toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas y los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud.

El Tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los Asegurados, independientemente del reconocimiento médico previo que, en su caso, se hubiera efectuado, está obligado a declarar en el momento de suscribir la Solicitud de Seguro si cualquiera de los Asegurados padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.



La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes. Quedan a salvo de la exclusión establecida en el párrafo primero de la presente cláusula dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas cuando hayan sido declaradas por el Tomador y/o Asegurado en el Cuestionario de Salud y expresamente aceptada su cobertura por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la póliza emitidas por éste.

5. La asistencia sanitaria, incluso la psiquiátrica, derivada o asociada a toxicomanías o drogodependencias, así como los trastornos de la personalidad, y las derivadas de autolesiones, embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio.

6. Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios, aún incluidos en el Cuadro Médico de la Aseguradora, que hubieran sido solicitados directamente por el Asegurado a título particular, es decir, al margen de su condición de tal y sin invocar el seguro, y para todas las actuaciones derivadas de la dolencia o afección que motivó la solicitud de los servicios.

7. Los medicamentos y productos químico/farmacéuticos fuera del régimen de internamiento en centro hospitalario. Quedan excluidos tanto en régimen ambulatorio como en Centro hospitalario, las vacunas de todo tipo (con excepción de la Vacuna Anti RH) y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes, los medicamentos de origen humano y el tratamiento de la Hemofilia, la toxina botulínica y el ácido hialurónico. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada.

8. El tratamiento (inclusive la Cirugía) encaminado a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, la fecundación “in vitro”, inseminación artificial y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dichos tratamientos.

9. El estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la Cirugía) de la impotencia, así como la cirugía del cambio de sexo y las cirugías profilácticas.

10. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante de córnea siempre que figure incluido en la descripción de los servicios de la póliza. En este caso queda, sin embargo, excluida de la cobertura la obtención del órgano a trasplantar y las gestiones relacionadas con dicha obtención.

11. El diagnóstico, las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.



12. Las prótesis de cualquier clase y naturaleza, (incluyendo el material de osteosíntesis), los implantes quirúrgicos, las fijaciones externas, los materiales biológicos o sintéticos, las partículas liberadoras de fármacos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán por cuenta del Asegurado, salvo que figuren en la descripción de los servicios de la póliza.
13. Los gastos por viajes y desplazamientos, salvo los de ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios. Asimismo, se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al centro, y viceversa, en casos de rehabilitación, fisioterapia, diálisis, radioterapia, etc.
14. La corrección quirúrgica de la Miopía, Astigmatismo, e Hipermetropía, así como cualquier otra alteración de la refracción, por cualquier medio o técnica.
15. La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas, puenting, barranquismo, rafting o cualquier otra de análoga naturaleza.
16. La asistencia médica y/u hospitalaria por razones de tipo social, tales como la derivada de inconveniencia o dificultad familiar, secuelas o situaciones irreversibles.
17. Los servicios hosteleros, tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante y asistencia privada de enfermería.
18. Los procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, así como las medicinas alternativas tales como naturopatía, hidroterapia, magnetoterapia, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura, homeopatía, mesoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc., aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.
19. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no sean de práctica general y aceptada en el Sistema Nacional de Salud, aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora, hasta que consten como específicamente incorporadas en el Condicionado General y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.
20. Los gastos de estancia en balnearios y centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento aun prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.



21. Los exámenes médicos sin fines curativos (chequeos), así como, los de obtención del carnet de conducir, caza, pruebas de paternidad, etc.
22. Cualquier método de diagnóstico genético, molecular, o de otro tipo, así como el mapa genético que esté orientado a conocer la predisposición o el diagnóstico en el Asegurado o en su descendencia de enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, excepto aquellos que se especifiquen expresamente en la descripción de los servicios de la póliza.
23. El tratamiento con células progenitoras, la terapia génica, molecular e inmunoterapia.
24. La asistencia médica al neonato, salvo que el propio neonato esté Asegurado de acuerdo con las normas de la Aseguradora.
25. Cualquier técnica terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y de la Epilepsia.
26. Los gastos derivados de técnicas, tratamientos y/o medios de diagnóstico, si se derivan o son consecuencia de una prestación no incluida en la cobertura de la póliza.
27. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos.
28. La asistencia en odontología salvo lo expresamente incluido en la descripción de los servicios de la póliza.
29. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser y/o los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL), salvo lo expresamente incluido en la descripción de los servicios de la póliza.
30. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
31. Las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica salvo lo expresamente incluido en la descripción de los servicios de la póliza.
32. La Radiocirugía extereotáxica, la tomoterapia, la protonterapia y la neutronterapia.
33. Los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos y las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.
34. El plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.



- 35. Las intervenciones posteriores derivadas de la cirugía de la obesidad y los tratamientos de la obesidad por técnicas endoscópicas.
- 36. Los tratamientos con cámara hiperbárica.
- 37. Los tratamientos de radioterapia para procesos no oncológicos.
- 38. Los test de intolerancia alimentaria.
- 39. Las pruebas vestibulares computerizadas o instrumentales videonistagmografía, VIHT y posturografía dinámica.

#### 4. Forma de obtener la cobertura

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

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

La Aseguradora abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurran todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza.

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

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

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 asistencias sanitarias 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 siguiente cláusula. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

**4.5. La hospitalización o la prestación de aquellos servicios que, conforme a las normas de utilización de los servicios sanitarios que figuran en el Cuadro Médico editado, precisen de prescripción, deberá ser ordenada por escrito por un Médico de dicho cuadro y el Asegurado deberá obtener la previa conformidad documentada de la Aseguradora en sus oficinas, o a través de los canales digitales y/o telefónicos que en cada momento tenga habilitado para ello.**

**Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la Aseguradora que la asistencia sanitaria a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizada por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora y esté cubierta por la póliza.**

Una vez otorgada la conformidad escrita, la Aseguradora quedará vinculado económicamente. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, **pero el Asegurado deberá obtener la conformidad escrita de la Aseguradora, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso hospitalario.** Una vez obtenida aquella, la Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del Médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

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

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

4.8. Para las prestaciones sujetas al pago del importe establecido en el apartado “Servicios sanitarios especiales” (Condiciones Generales Descriptivas 5ª) de estas Condiciones Generales, el mismo deberá efectuar en el momento de la solicitud de la autorización del servicio por parte del Asegurado mediante los medios establecidos por la Aseguradora.



### **RÉGIMEN ESPECIAL PARA EL ACCESO A DETERMINADAS PRESTACIONES DE CONSULTA AMBULATORIA PROGRAMADA EN LA PROVINCIA DE VIZCAYA.**

Los Asegurados podrán elegir libremente el Médico General o de Familia, dentro de los que figuren en el Cuadro Médico de la Aseguradora. La elección deberá ser notificada a la Aseguradora y aceptada por el Médico elegido.

La asistencia requiere en primera instancia la atención del Médico General o de Familia. La asistencia del Médico General o de Familia incluye la visita domiciliaria cuando el estado del paciente no permita su traslado al consultorio del Facultativo.

En los casos de urgencia, así como fuera del horario normal de visita (desde las 8:00 a las 20:00, de Lunes a Viernes), la cobertura incluye la atención en los Centros de Urgencia Permanente o, en su caso, la solicitud del Servicio de Urgencia a Domicilio que tiene concertado la Aseguradora.

Cuando, a juicio del Médico General o de Familia, la asistencia requiera la orientación de cualquier Especialidad, el Asegurado acudirá al Especialista libremente elegido, de entre los pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.

Las Especialidades de Ginecología, Oftalmología y Pediatría son de acceso directo para el Asegurado.

Mientras subsista la misma enfermedad que motivó la asistencia de un Médico Especialista, el paciente sólo podrá utilizar los servicios del inicialmente elegido, salvo causa justificada apreciada por el Médico General o de Familia, quien, en tal caso, podrá remitir a otro Especialista perteneciente al Cuadro Médico de la Aseguradora.

Las pruebas o exploraciones complementarias con fines diagnósticos, requiere la petición del Médico General o de Familia, o del Especialista a cuyo cargo esté la asistencia.

La cobertura de la Hospitalización, Médica o Quirúrgica, de la Cirugía Ambulatoria y de las técnicas especiales de diagnóstico requiere la solicitud de un Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora. El Asegurado deberá obtener, además, la confirmación previa de la cobertura en las Oficinas de la Aseguradora, o a través del sistema que en cada momento esté establecido.

En los supuestos de urgencia vital, será suficiente la prescripción del Médico, pero el Asegurado, o el propio médico a través del sistema de prescripción electrónica, deberá comunicar el hecho a la Aseguradora, con la mayor brevedad posible -ordinariamente en el plazo de 72 horas- al objeto de obtener la pertinente confirmación o rechazo en base a la cobertura de la póliza.

Los Servicios de Enfermería (Practicante) y de Ambulancia deberán solicitarse en el teléfono centralizado de Atención y Servicio de Urgencias que la Aseguradora tiene establecido.



## 5. Servicios sanitarios especiales

Las prestaciones sanitarias que se relacionan más abajo sólo quedarán cubiertas por el seguro cuando se dispensen en el ámbito geográfico del País Vasco y por los profesionales y establecimientos sanitarios que, a tal fin, tenga concertados en cada momento la Aseguradora.

Son servicios sanitarios especiales los siguientes:

Diagnóstico genético prenatal en sangre materna ampliado	550 €
Diagnóstico genético prenatal en sangre materna	350 €
Cirugía robótica en Urología, en Cirugía General, en Ginecología y en Cirugía Torácica	7.000 €
Cirugía robótica de prótesis de rodilla	350 €
Técnica microquirúrgica para reconstrucción mamaria postmastectomía	5.200 €
Láser vascular para tratamiento de varices	250 €
Litotricia músculo-esquelética	200 €
Rehabilitación cardiaca en régimen ambulatorio	1.200 €
Rehabilitación del suelo pélvico post-parto (por sesión)	10 €
Ablación percutánea de tumores guiada por ECO (Radiofrecuencia/Microondas)	500 €
Cirugía de la obesidad	3.000 €
DIU hormonal	100 €
PET/TAC 18F-Colina	470 €



El acceso del Asegurado a dichas prestaciones requerirá el cumplimiento por éste de los siguientes requisitos:

- a) Obtener la previa prescripción por el facultativo que, para cada clase de prestación sanitaria, tenga concertado la Aseguradora.
- b) Solicitar, en las oficinas de la Aseguradora, la oportuna autorización para la realización de la prestación sanitaria prescrita para lo cual deberá hacer previamente efectivo el ingreso, ante la entidad financiera colaboradora de la Aseguradora, de la cantidad que, para cada clase de prestación o servicio sanitario, se indica al final de esta cláusula.
- c) Verificado el ingreso, la Aseguradora emitirá la correspondiente autorización para la realización de la prestación sanitaria. Las referencias a la Aseguradora se entenderán realizadas a la entidad reaseguradora de la prestación sanitaria, la mercantil IMQ S.A. de Seguros y Reaseguros.

De acuerdo con lo establecido en el apartado “Actualización anual de las condiciones de la póliza” de estas Condiciones Generales, la Aseguradora en cada renovación anual de la póliza podrá actualizar, en su caso, el importe correspondiente a los servicios sanitarios especiales.



## 6. Límites de capital asegurado aplicables a la cobertura de prótesis fijas

Quedan incluidas en la cobertura de la póliza las prótesis fijas e implantes quirúrgicos que seguidamente de forma exhaustiva se relacionan y hasta el límite económico que para cada una de ellas se señala.

Los límites de capital asegurado aplicables a la cobertura de Prótesis fijas de la Póliza son los siguientes:

Traumatología y Cirugía Ortopédica	
- Prótesis de cadera	2.500 €
- Prótesis de rodilla	2.500 €
- Prótesis de otras articulaciones (hombro, codo, pie...)	2.500 €
- Fijación de columna (un nivel vertebral)	3.500 €
- Discos intervertebrales + Material interposición intervertebral	3.500 €
- Vertebroplastia - cifoplastia	2.000 €
- Prótesis de ligamentos (incluye los biológicos de bancos de tejidos nacionales) (incluye los materiales empleados en los procedimientos artroscópicos para fijación de tejido ligamentoso)	1.000 €
- Material de osteosíntesis	1.000 €

Aparato Cardiovascular	
- Prótesis vasculares (stent, by-pass) <b>(excluye expresamente los empleados en aorta y tramos vasculares intracraneales, así como las endoprótesis)</b> . El capital corresponde al límite máximo por los dispositivos implantados al paciente en cada procedimiento o intervención, independientemente de cuantos se le coloque en el mismo	1.500 €
- Válvulas cardíacas	1.500 €
- Marcapasos excepto los MRI <b>(excluyendo cualquier tipo de desfibriladores)</b>	3.000 €
- Stent coronario	1.200 €
- Coils <b>(límite anual)</b>	1.500 €



**Oftalmología**

- Lente Intraocular (monofocal y bifocal) para corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas, <b>(excluyendo las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendido), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida)</b>	<b>100 €</b>
--	--------------

**ORL**

- Prótesis de tímpano	<b>100 €</b>
-----------------------	--------------

**Quimioterapia o Tratamiento del dolor**

- Reservorios	<b>200 €</b>
---------------	--------------

**Cirugía /Otros materiales quirúrgicos**

- Mallas abdominales estándar (por unidad)	<b>400 €</b>
- Sistemas de suspensión urológica estándar para incontinencia urinaria	<b>500 €</b>
- Válvulas de derivación de líquido cefalorraquídeo (catéter incluido)	<b>1.000 €</b>
- Prótesis de mama post mastectomía de origen neoplásico/contralateral (por unidad)	<b>500 €</b>
- Prótesis expansoras de mama post mastectomía de origen neoplásico/contralateral (por unidad)	<b>1.000 €</b>
- Expansores mamarios post mastectomía de origen neoplásico/contralateral (por unidad)	<b>700 €</b>
- Prótesis intraluminares en Cirugía Oncológica (biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal)	<b>800 €</b>

**El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas serán por cuenta del Asegurado.**

De acuerdo con lo establecido en el apartado “Actualización anual de las condiciones de la póliza” de estas Condiciones Generales, la Aseguradora en cada renovación anual de la póliza podrá actualizar, en su caso, las cuantías del límite de cobertura establecido para las prótesis.



## 7. 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 las siguientes:**

### 6 Meses

- Densitometría ósea.
- Implantación del DIU (incluyendo el coste del dispositivo y estando el dispositivo hormonal sujeto a servicio sanitario especial).
- Estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
- Electroterapia: Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioletas.
- Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia: Ambulatoria y a domicilio.
- Medios diagnósticos: Arteriografía Digital (DIVAS). Cápsula endoscópica. Ecografía de estrés. Holter. Prueba de Esfuerzo. Eco-Doppler.
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.). Endoscopias. Gammagrafía (excluido el Dat-Scan). Microbiopsia. Resonancia Magnética. Scanner TC y TAC 64.
- Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio.

### 8 Meses

- Cirugía general y del aparato digestivo: se incluye la cirugía robótica por patología oncológica y cirugía de la obesidad (ambas sujetas a servicio sanitario especial correspondiente). Se incluye la disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 centímetros en las que se ha descartado la polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
- Cirugía Plástica Reparadora (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente). **Excluida la puramente estética** salvo la reconstrucción de la mama oncológica afectada tras mastectomía radical y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica**. Incluida la técnica microquirúrgica para la reconstrucción mamaria postmastectomía (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente). Se incluye la cirugía de la hipertrofia mamaria exclusivamente cuando haya que extirpar un mínimo de 500 gr en cada mama, igual o más de 28 cm de distancia yugulumpezón, con una estatura media de 160 cm (ajustado a la altura) y que presenten una dorsalgia provocada o agravada por la hipertrofia de mama.



- Traumatología y cirugía ortopédica, se incluye la cirugía de prótesis rodilla asistida por robot (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente), en centros específicamente designados por la Aseguradora.
- Cirugía torácica: Se incluye la cirugía robótica en cirugía torácica por patología oncológica (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente), en centros específicamente designados por la Aseguradora.
- Angiología y Cirugía Cardio-Vascular. Se incluye el láser vascular (sujeto a servicio sanitario especial correspondiente) para tratamiento de varices **siempre y cuando no sea por motivos estéticos**.
- Urología: Vasectomía. Cirugía Robótica en Urología por patología oncológica (sujeta a servicio sanitario especial correspondiente) y la Fotovaporización con láser verde. Incluye la biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, como **máximo un (1) año antes de la solicitud de esta prueba, y persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA)**.
- Ginecología y Obstetricia: Ligadura de Trompas. Cirugía robótica en ginecología por patología oncológica (servicio sanitario especial).
- Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización Pediátrica (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización en unidad de neonatología.
- Obstétrica (Parto).
- Hospitalización Psiquiátrica.
- Hospitalización Quirúrgica.
- Hospitalización en Unidad Coronaria (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (sin intervención quirúrgica).
- Hospitalización e intervención quirúrgica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día.
- Hospitalización Domiciliaria.
- Hemodinámica Vascular.



- Oftalmología. El tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica y la inyección intravítrea de fármacos (en estos dos últimos casos, el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). **Excluida la corrección de la Miopía, del Astigmatismo, de la Hipermetropía y de otras alteraciones de la refracción, por cualquier método o técnica.**
- Oncología: Quimioterapia, en régimen de internamiento o en hospitalización de día. Radioterapia, ambulatoria y hospitalaria.
- Radiología Vasculat Intervencionista.
- Transfusiones de sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano.
- Unidad del Dolor.
- Doppler.
- Cardiotocografía durante el embarazo e intra-parto.
- Coronariografía.
- Mamotomía (MIBB).
- Polisomnografía nocturna.
- Pruebas para detección de malformaciones en el embarazo: **exclusivamente amniocentesis o biopsia corial.**
- Diagnóstico genético prenatal en sangre materna (incluido como servicio sanitario especial) **exclusivamente amniocentesis o biopsia corial.** Incluye test DNA fetal básico en sangre materna para diagnóstico de las trisomías 13, 18, 21 y test DNA fetal ampliado a estudio de siete (7) síndromes de microdelecciones.
- Nido.
- Preparación al parto.
- Endoscopia avanzada.
- Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria.



### 12 Meses

- Psicoterapia y Psiquiatría.
- Fisioterapia y Rehabilitación.
- Litotricia. Únicamente renal y músculo-esquelética. (Incluido como servicio sanitario especial).
- Nefrología. Hemodiálisis en procesos agudos
- Logofoniatría.
- PET/TAC oncológico y PET/TAC 18 F-colina (este ultimo incluido como servicio sanitario especial).

### 18 Meses

- Oftalmología. Trasplante de córnea.
- Oncología. Unidad del dolor: Reservorios implantables.
- Prótesis fijas.

En caso de urgencia vital imprevisible, no se aplicarán los Períodos de Carencia para aquellos servicios que requieran hospitalización, sobre la base de Informe del Facultativo.

SEGURO **Adeslas**  
**El Corte Inglés**

---



S.RE.5103.02 ECI

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