

adeslas

# completa

Seguro de enfermedad.  
Póliza de asistencia sanitaria.

| **condiciones generales** |

adeslas



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

## Índice

---

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

---

1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de Primas.	3
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador del seguro y/o del Asegurado.	4
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	6
6. Duración del Seguro.	7
7. Pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato.	7
8. Tratamiento de datos de carácter personal.	8
9. Comunicaciones y jurisdicción.	8
10. Prescripción.	9
11. Actualización anual de condiciones económicas de la Póliza.	9
12. Atención al cliente quejas y reclamaciones.	9

### **CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (condiciones generales) 11**

---

1. Definiciones.	11
2. Cartera de servicios con cobertura.	13
3. Exclusiones.	17
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios.	18
5. Periodos de carencia.	20

---

### **RESUMEN DE PRODUCTO 22**

---

### **PREGUNTAS FRECUENTES 23**

---

### 1) Cláusula preliminar

**1.** La actividad aseguradora que lleva a cabo COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. 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, 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 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, 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.

### 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, ADESLAS 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 ADESLAS 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.** ADESLAS 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 ADESLAS, 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 cuestionario o cuando, aún 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 período 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 ADESLAS, 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 ADESLAS en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

- c) Comunicar a ADESLAS, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- d) Comunicar a ADESLAS, 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 ADESLAS 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 ADESLAS 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 período 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 períodos 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 ADESLAS, 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 ADESLAS 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 ADESLAS, propiedad de la Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, susstracción 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, ADESLAS 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 ADESLAS 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 ADESLAS, 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, ADESLAS 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, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

En caso de extravío de la Póliza, el Asegurador a petición del Tomador del Seguro, y en defecto del beneficiario, tendrá obligación de expedir copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original. La petición se hará por escrito y el solicitante se compromete a devolver la Póliza original si apareciese.

Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal ADESLAS correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta contendrá los siguientes datos:

- Número de Tarjeta
- Nombre y apellidos del Asegurado
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Fecha de alta
- Fecha de caducidad.

En el momento de suscribir la Póliza, ADESLAS 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 ADESLAS, 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 ADESLAS. 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 ADESLAS 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 e indisputabilidad 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 período 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 ADESLAS 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 se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y ADESLAS no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento médico, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**7.3.** Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, ADESLAS 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 ADESLAS 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 los datos de carácter personal

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el Contrato de Seguro, el Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los Médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el Contrato de Seguro cuya ley reguladora obliga al Asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.

PARA EJERCITAR LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE LOS DATOS DEBE DIRIGIRSE A ADESLAS. EN CASO DE OPOSICIÓN AL TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS EXPUESTOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, NO PODRÁN HACERSE EFECTIVAS LAS PRESTACIONES DE LA PÓLIZA DURANTE EL TIEMPO QUE DURE DICHA OPOSICIÓN, POR CARECER ADESLAS DE LOS DATOS NECESARIOS PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN Y DEMÁS FINES ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.

## 9) Comunicaciones y jurisdicción

**9.1.** Las comunicaciones a ADESLAS 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 ADESLAS 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.

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

## 10) Prescripción

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

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

ADESLAS, 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 el sexo, 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.

## 12) Atención al cliente. Quejas y reclamaciones

**12.1.** ADESLAS, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Departamento de Atención al Cliente (DAC) al que pueden dirigirse los Tomadores, Asegurados, Bene-

ficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones, para lo cual pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas.

**12.2.** Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al DAC por cualquiera de los siguientes medios:

- a) Personalmente mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de ADESLAS.
- b) Por correo postal remitido a la calle del Príncipe de Vergara núm. 110 de Madrid, C.P. 28002.
- c) Por telefax al número 91 561 41 64.
- d) Por correo electrónico a la dirección [clientes@adeslas.es](mailto:clientes@adeslas.es)

**12.3.** El DAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

**12.4.** Asimismo los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el DAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

**12.5.** Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

### 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:** COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. (en adelante ADESLAS) 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 ADESLAS en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este Seguro se consideran Cuadros Médicos de ADESLAS 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 período 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:** Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un Médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

No se considerarán hospitales, a efectos de la Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones e instituciones similares.

### **Hospitalización:**

- **Hospitalización General:** El hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte o realice una comida principal en el mismo.

- **Hospital de Día:** El hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

**Intervención Quirúrgica:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

**Médico:** Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

**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 Período 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 ADESLAS:** 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 ADESLAS suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que ADESLAS 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

**LAS PRESTACIONES SANITARIAS CUYO COSTE ECONÓMICO SE ENCUENTRA CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA SON LAS CORRESPONDIENTES A LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES:**

### 2.1. MEDICINA PRIMARIA

**Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio.

**Pediatría, Neonatología y Puericultura.** Para niños menores de catorce años.

**Enfermería.** Servicio de A.T.S./D.U.E. En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de ADESLAS.

### 2.2. URGENCIAS

**Servicio Permanente de Urgencia,** que se prestará en el centro o centros que constan en el Cuadro Médico entregado por ADESLAS. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por Médico generalista y/o ATS.

### 2.3. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del Cuadro Médico de ADESLAS), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.**
- **Anestesiología y Reanimación, Tratamiento del dolor.**
- **Angiología y Cirugía Vascular.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Artroscópica.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilo-Facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.**
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**

- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.** Aparato Respiratorio.
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología.** Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios.
- **Odonto-Estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.**
- **Oncología Médica.**
- **Oncología Radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Proctología.** Cirugía Ano-Rectal.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de ADESLAS.
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- **Urología.**

## 2.4. MEDICINA PREVENTIVA.

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un Médico del Cuadro Médico de ADESLAS, 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 cervix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

## 2.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Análisis clínicos:** bioquímica, hematología, microbiología, parasitología.
- **Anatomía patológica:** citopatología.
- **Radiodiagnóstico:** todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros medios de diagnóstico:** doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.

- **Medios de diagnóstico de alta tecnología:** inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), PET/TAC, y las pruebas genéticas: quedan cubiertas aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades.

- **Medios de diagnóstico intervencionistas:** radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

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

## 2.6. HOSPITALIZACIÓN

Se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de ADESLAS, en función de su disponibilidad de camas, bajo las siguientes condiciones:

- **Hospitalización obstétrica (Partos).** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de ADESLAS.

- **Hospitalización quirúrgica.** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de ADESLAS.

Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, la ligadura de trompas y vasectomía así como la hospitalización de día.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (A EXCEPCIÓN DE LAS DENTARIAS) correrá a cargo de ADESLAS.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (en casos de mastectomía radical), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor. EL COSTE DE CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS, PIEZAS ANATÓMICAS, ORTOPÉDICAS Y EL DISPOSITIVO DIU, SERÁ DE CUENTA DEL ASEGURADO.

- **Hospitalización médica** (sin intervención quirúrgica). Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la Aseguradora.

La duración del internamiento será determinada por el Médico del Cuadro Médico de ADESLAS encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

Queda incluida la hospitalización de día.

- **Hospitalización en U.V.I.** Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de ADESLAS (POR SU NATURALEZA NO SE INCLUYE CAMA PARA

ACOMPañANTE). La duración del internamiento estará en función de sí el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

- **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de ADESLAS de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, CON UN LIMITE DE CINCUENTA DIAS POR AÑO NATURAL. Los gastos de estancia y mantenimiento del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de ADESLAS. (POR SU NATURALEZA NO SE INCLUYE CAMA PARA ACOMPañANTE).

## 2.7. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Aerosolterapia-ventiloterapia.**

- **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.**

- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**

- **Foniatría.** EXCLUSIVAMENTE COMO REHABILITACIÓN TRAS LARINGECTOMÍA (Extirpación de laringe).

- **Ortóptica.**

- **Psicoterapia:** Limite de 20 sesiones al año y como máximo 40 sesiones en caso de terapia derivada de trastornos alimentarios. Previa prescripción de un psiquiatra del Cuadro Médico de ADESLAS.

- **Electrorradioterapia:** radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.

- **Laserterapia.** Queda incluida únicamente en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo esquelética, el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.

- **Nucleotomía percutánea.**

- **Diálisis y riñón artificial.**

- **Litotricia Renal.**

- **Quimioterapia y Oncología radioterápica.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. ADESLAS sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expandan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.

**LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES, EN TODOS LOS CASOS, HAN DE SER PRESCRITOS POR MÉDICOS DEL CUADRO MÉDICO DE ADESLAS QUE TENGAN A SU CARGO LA ASISTENCIA DEL ASEGURADO, ASISTENCIA QUE HA DE ESTAR CUBIERTA POR LA PÓLIZA.**

## 2.8. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias.** Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al Sanatorio o viceversa y solo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de ADESLAS, salvo en caso de urgencia.

- **Matronas**, en la asistencia hospitalaria al parto.
- **Preparación al Parto.**
- **Podología**, con un máximo de seis sesiones por año.

### 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 QUE ESTÉ CUBIERTA POR EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES, SEGÚN SU LEGISLACIÓN ESPECÍFICA.**

**C) LOS FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS DE CUALQUIER CLASE, SALVO LOS QUE SE ADMINISTREN AL PACIENTE MIENTRAS ESTÉ HOSPITALIZADO.**

**D) LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO O LA ADICCIÓN A DROGAS DE CUALQUIER TIPO.**

**E) LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS A CAUSA DE EMBRIAGUEZ, RIÑAS (SALVO EN CASO DE LEGÍTIMA DEFENSA), AUTOLESIONES O INTENTOS DE SUICIDIO.**

**F) LA ASISTENCIA SANITARIA QUE SE PRECISE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS DURANTE LA PRÁCTICA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: ACTIVIDADES AÉREAS, BOXEO, ARTES MARCIALES, ESCALADA, RUGBY, ESPELEOLOGÍA, SUBMARINISMO, CARRERAS DE VEHÍCULOS A MOTOR, HÍPICA, TOREO Y ENCIERRO DE RESES BRAVAS; ASÍ COMO LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE O DE LA PARTICIPACIÓN COMO AFICIONADO EN COMPETICIONES DEPORTIVAS EN GENERAL.**

**G) LA ASISTENCIA SANITARIA DE TODA CLASE DE ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS O DEFORMACIONES CONGÉNITAS O PREEXISTENTES A LA FECHA DE EFECTO DEL ALTA DE CADA ASEGURADO EN LA PÓLIZA, 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) LOS TRATAMIENTOS POR ESTERILIDAD O INFERTILIDAD.**

**I) EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS CON FINES PURAMENTE ESTÉTICOS O COSMÉTICOS.**

**J) EL PSICOANÁLISIS, HIPNÓSIS, SOFROLOGÍA, NARCOLEPSIA AMBULATORIA Y LOS TEST PSICOLÓGICOS.**

**K) LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS. EL SEGURO INCLUYE NO OBSTANTE LAS ACTUACIONES MEDICAS Y QUIRÚRGICAS SOBRE EL PROPIO ASEGURADO QUE RESULTEN NECESARIAS PARA REALIZARLE UN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O UN TRASPLANTE DE CÓRNEA, CON LAS GESTIONES ADMINISTRATIVAS QUE ELLO CONLLEVE.**

**L) LA ASISTENCIA SANITARIA DEL S.I.D.A. Y DE LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.).**

**M) LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO POR RAZONES DE TIPO SOCIAL.**

**N) LA ASISTENCIA EN ODONTOLOGÍA SALVO LO EXPRESAMENTE INCLUIDO EN LA CLÁUSULA 2.3 (CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA).**

**O) CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LOS OJOS TALES COMO MIOPIA, HIPERMETROPÍA O ASTIGMATISMO Y CUALQUIER OTRA PATOLOGÍA REFRACTIVA OCULAR.**

**P) TODAS LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS Y/O TERAPÉUTICAS QUE EMPLEEN EL LÁSER, SALVO LO EXPRESAMENTE INCLUIDO EN LA CLÁUSULA 2.7 (CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA).**

**Q) LOS GASTOS DE TRANSPORTE DEL ASEGURADO AL CENTRO Y VICEVERSA EN CASOS DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA Y EN CASOS DE DIÁLISIS.**

**R) 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.**

**S) QUEDAN EXCLUIDAS DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA LAS PRUEBAS GENÉTICAS CUYA FINALIDAD SEA DETERMINAR LA PREDISPOSICIÓN DEL ASEGURADO O DE SU DESCENDENCIA PRESENTE O FUTURA A PADECER ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES GENÉTICAS, CON LA EXCLUSIVA EXCEPCIÓN DE AQUELLAS QUE FIGURAN EXPRESAMENTE INCLUIDAS EN LA COBERTURA, TALES COMO LA AMNIOCENTESIS Y LOS CARIOTIPOS. NO QUEDAN CUBIERTAS AQUELLAS PRUEBAS GENÉTICAS QUE SE ENCUENTREN EN FASE DE INVESTIGACIÓN O CUYA UTILIDAD DIAGNÓSTICA, RELEVANCIA CLÍNICA O EVIDENCIA CIENTÍFICA NO ESTÉ DEMOSTRADA.**

**T) TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS CUYO USO NO SEA HABITUAL Y ACEPTADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

## 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 ADESLAS 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 ADESLAS, 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 concurren 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.

**ADESLAS 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 FEHACIENTE CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE OCHO DÍAS AL REQUERIMIENTO DE UNA PRESTACIÓN EN ÉL.**

**4.3.** ADESLAS NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO MÉDICO, NI DE LOS GASTOS DE INTERNAMIENTO SANATORIAL 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 ADESLAS 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, ADESLAS, 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 ADESLAS, de conformidad con lo establecido en la Condición General 11ª (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 ADESLAS EN SUS OFICINAS.

SERÁ ASIMISMO REQUISITO IMPRESCINDIBLE PARA OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA ASEGURADORA QUE EL ACTO MÉDICO A EFECTUAR EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN, VAYA A SER REALIZADO POR UN FACULTATIVO DEL CUADRO MÉDICO DE ADESLAS Y ESTÉ CUBIERTO 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 ASEGURA-

DO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE ADESLAS, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO HOSPITALARIO. Una vez obtenida aquella, ADESLAS 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 ADESLAS conforme a la Cláusula 4.4 anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a ADESLAS en la forma allí establecida.

## 5) Períodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume ADESLAS 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:

### A) MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

- **Medios de Diagnóstico de alta tecnología:** tendrán un periodo de carencia de **TRES MESES**.
- **Medios de Diagnóstico Intervencionistas:** tendrán un periodo de carencia de **SEIS MESES**.

### B) HOSPITALIZACIÓN

- **Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio** tendrán un periodo de carencia de **TRES MESES**.

- **Hospitalización e intervención quirúrgica:** Por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día tendrá un periodo de carencia de **DIEZ MESES**, excepto la ligadura de trompas y vasectomía (cláusula 2.6 Cláusulas Descriptivas de Cobertura) que tendrán un periodo de carencia de **SEIS MESES**.

Asimismo, para que ADESLAS sufrague el coste de las prótesis (no su implantación) el periodo de carencia será de **DIEZ MESES**.

En caso de 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 por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

### C) TRATAMIENTOS ESPECIALES

Tendrán un periodo de carencia de **TRES MESES** los siguientes tratamientos especiales:

- **Electrorradioterapia.**
- **Laserterapia:** en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología y en la rehabilitación músculo esquelética.
- **Nucleotomía percutánea.**

Tendrán un periodo de carencia de DIEZ MESES los siguientes tratamientos especiales:

- Diálisis y riñón artificial.
- Laserterapia: láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.
- Litotricia renal.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica.

## RESUMEN DE PRODUCTO

### COBERTURAS

- **Medicina general y pediatría.**
- **Especialidades:** Ginecología, oftalmología, dermatología, traumatología. Rehabilitación y fisioterapia, cardiología, oncología, etc.
- **Medios de diagnóstico, incluidos los de alta tecnología:** Análisis clínicos, todo tipo de estudios radiográficos, PET-TAC, mamografía, pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de una enfermedad, etc.
- **Hospitalización:**
  - **Con y sin intervención quirúrgica.**
    - Habitación individual con cama de acompañante.
    - Ambulancia.
    - **Prótesis:** Prótesis mamaria tras mastectomía, válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares multifocales, etc.
  - **Hospitalización en UVI.**
  - **Hospitalización psiquiátrica.**
- **Parto y todo lo relacionado con él:**
  - **Pruebas prenatales:** Analíticas, ecografías, curva de tolerancia oral a la glucosa, amniocentesis, etc.
  - **Preparación al parto.**
  - **Habitación individual con cama de acompañante.**
  - **Anestesia epidural.**
  - **Incubadora.**
- **Trasplantes:** Córnea y médula ósea.
- **Tratamientos especiales.** Psicoterapia, incluso para trastornos alimentarios, quimioterapia, diálisis, oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio, etc.
- **Urgencias ambulatorias y hospitalarias.**
- **Asistencia sanitaria en el extranjero,** hasta un límite de 12.000 € año.

## PREGUNTAS FRECUENTES

A lo largo del documento, le explicamos la mayoría de las cuestiones que se le pueden plantear a la hora de hacer uso del seguro que usted ha contratado.

No obstante, en este apartado pretendemos dar respuesta de forma clara y directa a algunas de las preguntas más frecuentes que nos realizan nuestros asegurados.

Desde Adeslas, esperamos que le resulten de gran utilidad.

### ¿Qué tiene que hacer con esta documentación?

Firmar las condiciones Particulares, Generales y Especiales si las hubiere y remitirnos las copias firmadas dentro del sobre franqueado que se incluye en la documentación que usted ha recibido.

### ¿Qué debe hacer si pierde su tarjeta de salud?

En caso de pérdida o deterioro de la tarjeta sanitaria, se deberá comunicar en un plazo de 72 horas a Adeslas, a través de nuestra línea de atención directa 902 200 200, o personalmente en cualquiera de nuestras oficinas.

Adeslas procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza.

### ¿Cómo puede ponerse en contacto con Adeslas?

En cualquiera de nuestras oficinas Adeslas, a través de [www.adeslas.es](http://www.adeslas.es) y por teléfono en nuestra línea de atención directa 24 horas 902 200 200.

### ¿Se puede ir al Médico al día siguiente de contratar su Póliza de salud?

Sí, desde el primer día en que la Póliza entra en vigor, exceptuando aquellas Coberturas que tienen un periodo de carencia determinado para poder disfrutar de sus prestaciones.

### ¿Cuándo se puede solicitar un servicio a domicilio?

El servicio domiciliario de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará únicamente para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10:00 horas para que pueda realizarse en el día, solamente en el domicilio del asegurado que aparezca en la Póliza y siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona.

### ¿Qué pruebas o servicios necesitan autorización?

Los ingresos hospitalarios, algunas pruebas médicas, rehabilitación y psicología. No obstante, si usted necesita información sobre qué prestaciones necesitan autorización, puede ponerse en contacto con nuestro 902.

### ¿Cómo se puede solicitar una autorización si no se puede acudir a una oficina de la compañía?

Por teléfono, en nuestra línea de atención directa 902 200 200, a través de la Web de Adeslas [www.adeslas.es](http://www.adeslas.es), vía fax al número 902 205 205 o por medio de cualquier persona que presente en su oficina de Adeslas su tarjeta y la prescripción de la prueba médica.

### ¿Qué tipo de autorizaciones se pueden solicitar a través de la línea 902?

El 902 podrá gestionar directamente determinadas pruebas médicas e inicios de tratamientos de rehabilitación. También informará debidamente del procedimiento a seguir por el Asegurado para tramitar todo tipo de autorizaciones (ingresos, continuaciones de rehabilitación, etc.)

### ¿Qué debe hacerse para presentar una sugerencia o una queja?

Las sugerencias o quejas, deberán formalizarse por escrito y estarán dirigidas al Departamento de Atención al Cliente de Adeslas a través de; nuestras oficinas, por correo postal remitido a la calle del Príncipe de Vergara núm. 110 de Madrid C.P. 28002, vía fax al número 902 205 205 o bien por correo electrónico a la dirección [clientes@adeslas.es](mailto:clientes@adeslas.es). Desde nuestra compañía será un placer poder atenderle y tomar las medidas oportunas para solventar su situación lo antes posible.

*El Tomador*

**COMPAÑÍA DE SEGUROS  
ADESLAS, S.A**

*Consejero-Director General*



*Javier Murillo Ferrer*

Nº PÓLIZA

atención directa 24 h.  
902 200 200 | [www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)



adeslas



*Compañía de Seguros Adeslas, S.A.  
Domicilio Social: Príncipe de Vergara, 110 - 28002 MADRID.  
Dirección Internet: [www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)  
Capital suscrito: 66.695.866,82 €  
Capital desembolsado: 53.060.075,31 €  
Inscrita en la Dirección General de Seguros el 9-3-1960 (C-401)*



Comercialización de  
Seguros de Salud  
en Grandes Cuentas  
Servicio de Atención  
al Cliente