

Adeslas Plena Total

El presente documento tiene carácter informativo, es decir, que no supone un compromiso contractual para las partes. La información está sujeta a las condiciones de la póliza. Cualquier solicitud de seguro presentada, está sujeta, en cualquier caso, a las normas de selección y tarificación de riesgos y a las Condiciones Generales de la póliza, vigentes en la fecha de formalización de la misma.

DATOS DE LA ASEGURADORA

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. Informe sobre la situación financiera y de solvencia de la Aseguradora.

Cada anualidad, la Aseguradora publicará en su página web un informe sobre su situación financiera y de solvencia. Dicho informe podrá ser consultado en www.segurcaixaadeslas.es/informesolvencia.

NOMBRE DEL PRODUCTO

Adeslas Plena Total

TIPO DE SEGURO

Seguro de prestación de asistencia sanitaria y dental a través del Cuadro Médico establecido por la Aseguradora y sin admitir indemnizaciones sustitutivas de esta prestación.

Además incluye una cobertura de accidentes que cubre determinadas contingencias, siendo éstas de incapacidad permanente o fallecimiento esta cobertura de accidentes **únicamente tendrá validez para las personas aseguradas desde los 18 años hasta el día que cumplan los 76 años de edad.**

Incluye también cobertura de asistencia en viaje en el extranjero

CUESTIONARIO DE SALUD

Declaración realizada y firmada por el Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

La inclusión de cada Asegurado en la póliza está supeditada a la aceptación del cuestionario de salud requerido por la Aseguradora. El Asegurado deberá responder y firmar (o su representante legal en caso de menores de edad) el cuestionario de salud.

Es imprescindible que la información suministrada por el Asegurado respecto a su salud sea veraz; en caso contrario y/o de omisión a facilitar la información requerida, la Aseguradora podrá denegar la contratación del seguro.

Además, la Aseguradora, podrá aceptar la contratación y/o renovación de la póliza excluyendo la/s coberturas y/o riesgos pre-existentes declarados por el Asegurado o resultantes en las pruebas o exámenes médicos.

DESCRIPCIÓN DE GARANTÍAS OFRECIDAS

1. GARANTÍAS OBLIGATORIAS 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 de las coberturas de asistencia sanitaria indicadas en el apartado 7 "Exclusiones de las coberturas de asistencia sanitaria, accidentes, dental y asistencia en viaje en el extranjero".

1.1. MEDICINA PRIMARIA

- **Medicina General.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Asistencia sanitaria 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 o facultativo de la Aseguradora.

1.2. URGENCIAS

La asistencia sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en la lista de facultativos y centros sanitarios concertados por la Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

1.3. ESPECIALIDADES

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

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

- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos. 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.**
- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la primera limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (**excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva**), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en ambos casos el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). **Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).**
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO₂.
- **Psicología Clínica: con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos de la conducta alimentaria.** Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría u oncología concertado y la autorización previa de la Aseguradora. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.** Comprende la valoración del Médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**) únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (**exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora**) y la rehabilitación cardíaca (**exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro**). En régimen de hospitalización quedará cubierta **únicamente** la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardíaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. **Se excluyen los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**
- **Reumatología.**
- **Traumatología y cirugía ortopédica. Cirugía artroscópica.** Se excluye expresamente la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.
- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. **Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.**

Adeslas Plena Total

1.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil: comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).

- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del Médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.

- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el Médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del Médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.

- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el Médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del Médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.

- **Planificación familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermograma en el varón). **Se excluye la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.**

- **Prevención del cáncer colorrectal.** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del Médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

- **Prevención diabetes:** consulta y exploración por Médico especialista así como determinación de la glucemia basal y en caso necesario hemoglobina glicosilada.

- **Chequeos Médicos:** Reconocimiento Médico. Se incluye en la cobertura de la póliza un reconocimiento médico anual, en los centros concertados con la Aseguradora. Las pruebas incluidas en dicho reconocimiento médico en función de la edad del Asegurado son las siguientes:

CHEQUEO 1 (MAYORES DE 18 A 30 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Urea) · Colesterol. Prueba de LDL. Triglicéridos · GOT-GPT. Hierro (para mujeres). Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

Adeslas Plena Total

CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. · Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 3 (DESDE 46 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · PSA (Próstata). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. Urea. H.D.L. · Fosfatasa alcalina. · Hemorragias ocultas. · Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Ecografía Ginecológica.
	Ecografía Prostática.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

1.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO**1.5.1. Análisis clínicos, Anatomía patológica y Citopatología. Se excluyen las Biopsias Líquidas.**

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

1.5.3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ecografías.

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

- Inmunohistoquímica.
- Ergometría, holter (**se excluyen los holter implantables**), estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
- Polisomnografía.
- Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas:
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret.
 - **Se excluyen las técnicas bariátricas por endoscopia.**
- Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.
- Elastografía de transición hepática (fibroscan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, **se excluye la enfermedad hepática alcohólica.**
- Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria: incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. **Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica.** Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- Tomosíntesis de mama.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner). **Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.**
- Colonografía realizada mediante TAC: **exclusivamente** como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional.
- Coronariografía por TAC: **exclusivamente** para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente; en pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. **No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.**
- Resonancia Magnética Multiparamétrica.
- Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida, **en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.**

* Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).

Adeslas Plena Total

- Medicina Nuclear. PET/TAC: Quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco ^{18}F -FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y PET/RM (**exclusivamente los realizadas con el radiofármaco ^{18}F -FDG en indicaciones clínicas oncológicas**). **Se da cobertura al SPECT TAC.**
- Amniocentesis y Cariotipos.
- Pruebas genéticas: quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos:
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, **únicamente** para casos de cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT.

Se excluyen expresamente de la cobertura de la póliza, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, las biopsias líquidas, los test genéticos de disbiosis y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

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

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

1.6. HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en el apartado 1.7. "Implantes y prótesis quirúrgicas".

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

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

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

Adeslas Plena Total

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

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

1.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

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

- **Cardiovasculares:** marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardíaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. **Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater.** Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos **exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente.** **Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.**

- **Digestivos:** 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.**

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

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

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

- **Implantes reparadores:**

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

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

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

- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

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

Adeslas Plena Total

1.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, **se excluyen los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.** Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para **menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad. Se excluye el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia), excepto a través del módulo de cobertura de reembolsos de gastos, indicado en el apartado "Logopedia y Foniatría" (Condiciones Descriptivas de Cobertura 2.11.2) de las Condiciones Generales.**
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología (**se excluye el láser femtosegundo en cirugía de cataratas**), la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. **Se excluyen expresamente todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis** para insuficiencias renales agudas o crónicas.
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Se excluyen los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exoterotáxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento, y la radioterapia intraoperatoria. **Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.**
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), **se excluyen las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**
- **Litotricia renal.**
- **Ondas de choque** para calcificaciones musculotendinosas.

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

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

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

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

1.10. OTRAS COBERTURAS ACCESORIAS

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

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

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

- **Cirugía Robótica:** queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente** para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
- **El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una franquicia por importe de 6.000 euros.**
- La autorización previa emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye **exclusivamente** para las siguientes indicaciones:

· En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
2. PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
3. Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadiado como T1 o T2);
4. Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadiado como N0 y M0);
5. Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.

· En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal (**exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor**).

2. COBERTURAS DE REEMBOLSO DE GASTOS

2.1. REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Descripción

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos que se indican en el siguiente punto, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de las siguientes asistencias sanitarias:

Rehabilitación y Fisioterapia: incluye

- Consultas ambulatorias llevadas a cabo por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
- Realización en consulta de procedimientos diagnósticos o terapéuticos por médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
- Realización, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - Fisioterapia del aparato locomotor, siempre que las mismas hubieren sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - Fisioterapia para la rehabilitación del suelo pélvico. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieren sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.

Podología, incluye **exclusivamente** los tratamientos de quiropodia realizados en consulta por podólogo titulado.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por las asistencias sanitarias descritas en el apartado 1) anterior será del **cincuenta (50) por ciento** del importe al que ascienda el coste de la asistencia sanitaria cubierta que hubiere recibido el Asegurado y ello con los límites económicos que, por Asegurado y anualidad de seguro, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia: 500 euros.**
- **Podología: 200 euros.**

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

2.2. LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

Descripción

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional, las asistencias sanitarias de Logopedia y Foniatría para el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales. Se incluye también la Logopedia por deglución atípica y el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) para menores de 14 años de edad.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

La referida cobertura comprenderá el reembolso del **cincuenta (50) por ciento con un límite de 500 euros** por persona y anualidad de seguro. Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

2.3. FARMACIA EXTRAHOSPITALARIA

Descripción

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, la cobertura de la prestación farmacéutica extrahospitalaria que precisen los Asegurados.

Porcentajes de reembolso y límites económicos

La referida cobertura comprenderá el reembolso del **cincuenta (50) por ciento con un límite de 200 euros** por persona y anualidad de seguro, de aquellos medicamentos dispensados en farmacias, prescritos por un facultativo y que, en la fecha de su dispensación, se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud y que sean necesarios para los tratamientos o patologías cubiertas por la póliza.

3. COBERTURA DE ACCIDENTES

Las contingencias cubiertas son las que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones indicadas en el apartado 7.2 "Exclusiones específicas para la cobertura de accidentes".

- **Accidente:** toda lesión corporal que se deriva de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, y que produzca a éste una situación de incapacidad absoluta y permanente, comprobada como irreversible y definitiva, o el fallecimiento.

También tendrán la consideración de accidente, cuando dicha situación se produzca por:

- a) La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, de inmersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias, así como las infecciones a consecuencia de accidente
- b) Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
- c) Las lesiones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto.

No se consideran accidentes:

- a) **La cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina de pecho, por ejemplo), el accidente vascular cerebral (ictus, apoplejía o embolia cerebral), o accidente cardiovascular o vascular de cualquier índole, la epilepsia, el síncope, y en general todo tipo de enfermedad de cualquier naturaleza.**
- b) **Las operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.**
- c) **La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación.**

- **Accidente de circulación:** accidente que sufra el Asegurado conforme a la definición anterior mientras esté transitando por una vía pública, y que pueda sufrir:

- a) Cuando el Asegurado viaje como conductor o pasajero de un automóvil, vehículo terrestre a motor o bicicletas privados.
- b) Cuando el Asegurado deambule como peatón por la vía pública y sea víctima de un accidente provocado por un vehículo terrestre a motor.

No se consideran accidentes de circulación, los accidentes producidos al Asegurado:

- a) **En vías o terrenos destinados al uso particular o restringido al uso exclusivo por un colectivo determinado de usuarios, o al desarrollo de cualquier actividad laboral, profesional, comercial o industrial.**
- b) **Como conductor, tripulante, piloto o personal que preste cualquier servicio en un medio de transporte náutico o aéreo, o como viajero en un transporte náutico o aéreo privado o no autorizados para el transporte público de personas.**

- **Beneficiario o persona beneficiaria:** persona o personas físicas o jurídicas, con derecho a percibir la prestación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el accidente o daño, quedará nula la designación hecha a su favor.

- **Capital o suma asegurada:** la cantidad fijada en cada una de las contingencias aseguradas. Constituye el límite máximo de indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de accidente.

- **Incapacidad absoluta y permanente por accidente:** situación física del Asegurado de carácter irreversible, que se origine como consecuencia de un accidente, y que le impida por completo desarrollar de modo permanente cualquier relación laboral o actividad profesional. O, en el caso de que el Asegurado ya no esté en situación laboral activa, que las secuelas causadas por el accidente sean de una gravedad asimilable a la definición anterior, esto es, que produzcan un menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impida o limite la realización de actividades específicas de desarrollo personal, tales como el ocio, la vida de relación, el ejercicio físico, el desarrollo de una formación u otras que tengan por objeto la realización de la persona como individuo y miembro de la sociedad.

- **Infarto de miocardio:** fallo cardíaco derivado de la muerte o necrosis del miocardio o músculo cardíaco por un insuficiente aporte sanguíneo.

3.2. CAPITALS ASEGURADOS PARA LAS CONTINGENCIAS DE ACCIDENTES

CONTINGENCIAS CUBIERTAS DE ACCIDENTES	PRESTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO ⁽¹⁾
Fallecimiento por accidente	30.000 €
Fallecimiento por accidente de circulación	60.000 €
Fallecimiento por infarto de miocardio	6.000 €
Incapacidad absoluta y permanente	30.000 €
Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación	60.000 €

(1) Las prestaciones por siniestro no son acumulables entre sí.

Las contingencias de fallecimiento e incapacidad son excluyentes entre sí por lo que un mismo accidente no dará derecho a indemnización por más de una contingencia.

3.3. DESCRIPCIÓN DE LAS CONTINGENCIAS CUBIERTAS

La Aseguradora abonará al beneficiario el capital previsto para la respectiva contingencia, cuando el evento correspondiente sea consecuencia directa de un accidente, accidente de circulación o infarto de miocardio cubiertos, ocurrido durante la vigencia del seguro, **y el fallecimiento o incapacidad permanente sobrevenga al Asegurado en un plazo máximo de un año desde que sucedió el accidente cubierto por esta contingencia.**

3.3.1. Cobertura de Fallecimiento

- **Fallecimiento por accidente.** Si como consecuencia directa de un accidente cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado en póliza el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

- **Fallecimiento por accidente de circulación.** Si como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado en póliza el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

- **Fallecimiento por infarto de miocardio.** Si como consecuencia directa de un infarto de miocardio cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Explícitamente se excluyen de esta contingencia otros síndromes coronarios agudos, el angor pectoris o angina de pecho y cualquier fallecimiento que se produzca habiendo superado un periodo de tiempo de un año desde la ocurrencia del infarto agudo de miocardio o que la muerte, incluso dentro de este periodo de un año, no esté relacionada directamente con dicho proceso.

Beneficiarios para las contingencias de fallecimiento

Los beneficiarios para las contingencias de fallecimiento se entenderá que son los herederos legales pudiendo el Asegurado modificar o revocar los mismos con posterioridad al alta de la cobertura mediante petición y declaración escrita a la Aseguradora en la siguiente dirección: modificacionaccidentes@segurcaixaadeslas.es.

En caso de que se designe expresamente como beneficiario a un acreedor por un préstamo del que sea deudor el Asegurado, se deberá indicar los datos del mismo aplicándose las siguientes reglas:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado, se abonará hasta el límite establecido para esta contingencia, el capital pendiente de amortización del préstamo indicado.
- b) El resto de capital sobrante lo percibirán los herederos legales a partes iguales.

3.3.2. Cobertura de Incapacidad absoluta y permanente

- **Incapacidad absoluta y permanente por accidente.** Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de Incapacidad absoluta y permanente, se le abonará al Asegurado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

- **Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación.** Si como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto, cuya consecuencia le genere una situación de incapacidad absoluta y permanente, se le abonará al Asegurado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

4. COBERTURA DE ASISTENCIA DENTAL

La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado las prestaciones de la asistencia dental que se relacionan en el Anexo de Actos Dentales adjunto a esta Nota Informativa y que es el aplicable en la provincia de contratación de la póliza. Dichos actos, en algunos casos, implicarán el pago por el Asegurado del importe que se indica para cada prestación o asistencia sanitaria dental según el centro dental concertado elegido para su realización.

5. COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Adicionalmente, se incluye la cobertura de asistencia en viaje en el extranjero que garantiza cobertura de asistencia sanitaria urgente en todo el mundo **hasta 100.000 Euros** por siniestro ocurrido y persona, repatriación de Asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel, billete de ida y vuelta para familiares desplazados. La estancia máxima cubierta en el extranjero no podrá exceder de **90 días consecutivos por viaje o desplazamiento**. El seguro tiene definido detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, sublímites de capital, carencias y copagos, así como las exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

6. OTRAS GARANTIAS Y SERVICIOS ADICIONALES

Se incorpora dentro de las garantías de la póliza el seguro de Protección de Pagos a través del cual la Aseguradora hace frente al pago de las primas establecidas en el contrato en caso de incapacidad temporal y desempleo, e incapacidad permanente absoluta y fallecimiento del Tomador de la póliza.

Consulte con su mediador o en nuestra web, el detalle de estos coberturas complementarios:

- Atención telefónica 24hrs
- Segunda Opinión Médica
- Planes de Prevención y Cuidado
- Cirugía Refractiva, Psicoterapia, Homeopatía, Criopreservación, etc.
- Club Adeslas

7. EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA SANITARIA, ACCIDENTES, DENTAL Y ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en los apartados "Cobertura de asistencia sanitaria", "Coberturas de Accidentes", "Cobertura de asistencia dental" y "Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero" de esta Nota Informativa, la póliza tiene también las siguientes exclusiones:

7.1. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

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

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

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

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

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

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

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

F. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme se indica en el apartado "Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado" (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de las Condiciones Generales.

G. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético.

H. La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado 1.10 "Otras coberturas accesorias", ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizadas mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

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

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

K. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

L. Todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado 1.7. "Implantes y prótesis quirúrgicas".

M. La terapia ocupacional.

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

7.2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA DE ACCIDENTES

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado anterior y en el apartado "Cobertura de Accidentes", la cobertura tiene también las siguientes exclusiones:

A. Enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

B. Las prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la entidad aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de ésta, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.

C. Los accidentes producidos cuando usted se encuentre en estado de perturbación mental o, bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente. Se entenderá que existe influencia de bebidas alcohólicas cuando usted sobrepase los límites de alcohol establecidos al efecto en la regulación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial vigentes a la fecha de ocurrencia del accidente y/o fallecimiento.

D. Las lesiones o muerte derivadas de derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares, aunque fuese dictaminado como accidente laboral, por la autoridad legal competente.

E. Por el suicidio o tentativa de suicidio, o por lesiones o enfermedades que hubiera causado el propio Asegurado, ya sea en estado de cordura o de perturbación o enajenación mental transitoria.

F. Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

G. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave cometidos por usted, así como, los derivados de su participación en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que, en el caso de las riñas, no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

H. Directa o indirecta, de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, de hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente como de "catástrofe o calamidad, de conflicto armado -aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra - ni de riesgos extraordinarios sobre las personas y bienes, sin perjuicio, en su caso, de su cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros.

I. Por el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, mineros, toreros, trapevistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.

J. De accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado y actos fraudulentos del Tomador/Asegurado, beneficiario o familiares de estos.

K. Conducir un vehículo sin disponer de la autorización, permiso o licencia administrativa correspondientes que le habilite para ello.

L. A consecuencia del uso como conductor de motocicletas, ciclomotores y similares, o a consecuencia de la práctica del ciclismo siendo persona federada.

M. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

N. De la práctica, cualquiera que sea su frecuencia, con carácter de aficionado, de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puenting, vuelos en ala delta, parapente, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar), de la inmersión subacuática, el barranquismo, el rafting, el alpinismo, la escalada o la espeleología, esquí fuera de pistas, motociclismo (incluso el uso de ciclomotores y motocicletas), equitación, ejercicio del toreo, encierros de reses bravas, lucha corporal, patinaje y similares.

O. De la práctica, como aficionado e integrado en asociaciones deportivas, del hockey, fútbol americano, rugby, polo, boxeo, halterofilia, artes marciales, lucha en sus distintas formas, o de cualquier otro deporte que implique un riesgo evidente para la integridad física del Asegurado, ya sea por su propia naturaleza o por no observar las medidas de seguridad requeridas.

P. De la participación en expediciones científicas o bien en competiciones o pruebas de velocidad -incluidos los entrenamientos- con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero.

Q. Los accidentes derivados de la práctica por parte del Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional o de competición o exhibición.

R. Accidentes ocurridos a personas que no tengan la residencia en España.

7.3. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DENTAL

Cualesquier asistencia odontológica no incluida expresamente en el Anexo de Actos Dentales, así como aquellas asistencias dentales que para su realización precisen de internamiento hospitalario y/o anestesia general.

7.4. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado "Cobertura de accidentes" (Condiciones Generales Descriptivas 5) de las Condiciones Generales, la cobertura tiene también las siguientes exclusiones:

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

- A. Las garantías y prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la Aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- B. Los eventos ocurridos en España.
- C. Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- D. Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- E. El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas, bebidas alcohólicas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- F. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, excepto las complicaciones claras e impredecibles sobrevenidas durante los 180 primeros días de embarazo.
- G. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- H. Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- I. Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- J. Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- K. Cualquier gasto Médico inferior a 9 euros.
- L. Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto Médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

7.4.2. Exclusiones aplicables a las garantías de incidencias en viajes y vuelos:

- A. Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del Asegurado.

7.4.3. Exclusiones generales de la cobertura de asistencia en viaje:

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

8. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA

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

8.1. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

a) 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 de la asistencia. Será obligación del Asegurado utilizar las asistencias sanitarias de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: www.adeslas.es/cuadromedico.

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

b) 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 ésta esté concertada en la zona para la que se solicite.

c) La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de Médicos o Profesionales Sanitarios ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de hospitalización o asistencias que los mismos pudieran prescribir.

d) Por cada una de las asistencias sanitarias recibidas 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 dichas asistencias, 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 el punto siguiente.

e) La hospitalización o la prestación de aquellas asistencias sanitarias que, conforme a las normas de utilización de asistencias sanitarias que figuran en el Cuadro Médico editado, precisen de prescripción, deberán ser ordenadas por escrito por un Médico o Facultativo 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 Médico o 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.

f) Para recibir una asistencia 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.

g) 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 lo estipulado anteriormente, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

h) Para la prestación de Cirugía Robótica deberá realizarse previamente el pago del importe de la franquicia estipulada, mediante transferencia bancaria a la Aseguradora.

8.2. FORMA DE OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, PODOLOGÍA, LOGOPEDIA Y FONIATRÍA.

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar a través del área privada en la web www.adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b) Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe. Las facturas incluirán:
 - La identificación completa del emisor (Nombre y Apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
 - Identificación de la asistencia sanitaria realizada y la fecha en que se llevó a cabo.
 - Identificación (Nombre y Apellidos) del Asegurado atendido.
- c) Original o copia de la prescripción médica en caso de gastos por asistencia sanitaria de fisioterapia, logopedia y foniatría.

No obstante, lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud de reembolso.

8.3. FORMA DE OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN FARMACIA EXTRAHOSPITALARIA.

Para obtener el reembolso de estos gastos, el Asegurado deberá presentar a través del área privada en la web www.adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente documentación:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b) Original de la prescripción en la que deberá constar:
 - La identidad del facultativo que la extiende, su firma y número de colegiado.
 - La identidad del paciente.
 - La identificación del producto recetado.
- c) Documento acreditativo del pago.

Para la gestión del reembolso la Aseguradora podrá ejercitar el derecho de pedir la información clínica necesaria al Asegurado que justifique la necesidad de la medicación y la concurrencia de las condiciones referidas anteriormente.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud de reembolso.

8.4. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ACCIDENTES

El Beneficiario deberá aportar los siguientes documentos en caso de fallecimiento por accidente, Incapacidad absoluta o fallecimiento por Infarto de Miocardio para que la Aseguradora pueda abonar la indemnización:

8.4.1. En el caso de fallecimiento

- Los que acrediten la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Certificado literal de defunción del Asegurado.
- Las certificaciones médicas o informes de asistencia en urgencias que acrediten las causas del fallecimiento y la fecha en que se produjo el accidente causante del siniestro.
- Certificado de las actuaciones o diligencias judiciales, e informe de la autopsia expedido por el Médico forense.
- Documento que acredite la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la Aseguradora emitirá el correspondiente certificado para la presentación de este.
- Certificado expedido por el Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, la copia del último testamento del Asegurado. En el caso de no existir testamento, el Acta de Notoriedad o al auto judicial de declaración de herederos abintestato.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora para la determinación de la existencia del accidente, o por otra justa causa tales como:
 - Certificado Médico en el que se detallen las circunstancias y causas del fallecimiento.
 - Resultado de análisis toxicológicos.
 - Designación expresa de beneficiario, en caso de no existir certificado de ello.

8.4.2. En el caso de incapacidad absoluta y permanente

- Los que acrediten la personalidad del beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de incapacidad permanente especificando concretamente las secuelas definitivas padecidas por el Asegurado, la fecha en que se produjo el accidente causante de las lesiones y los posibles antecedentes médicos.
- Informe de 1ª asistencia, donde se describan las lesiones iniciales sufridas en el accidente. Informe evolutivo de las lesiones sufridas, donde se describan resultados de las exploraciones efectuadas funcionales hasta el momento del alta.
- Informe Médico evolutivo de las lesiones sufridas donde se describan las lesiones funcionales en el momento del alta.
- Atestado completo, informe de trabajo, si lo hay, y Diligencias Judiciales si existen.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora para la determinación de la existencia del accidente, o por otra justa causa.

8.4.3. En el caso de fallecimiento por infarto de miocardio

- Los que acrediten la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Certificado literal de defunción del Asegurado.
- Las certificaciones médicas o informes de asistencia en urgencias que acrediten las causas del fallecimiento.
- El diagnóstico, certificado por un Médico colegiado, requerirá las siguientes evidencias del infarto agudo tanto en síntomas como en signos físicos de características típicas, como con la positivación de pruebas diagnósticas (electrocardiograma, cateterismo, ecocardiografía o gammafrías, por ejemplo) y analíticas (enzimas cardíacas, troponinas o métodos equivalentes).
- Informe de la autopsia expedido por el Médico forense.
- Documento que acredite la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la Aseguradora emitirá el correspondiente certificado para la presentación de este.
- Certificado expedido por el Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, la copia del último testamento del Asegurado. En el caso de no existir testamento, el Acta de Notoriedad o al auto judicial de declaración de herederos abintestato.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora.

8.4.4. Discrepancia en la resolución de un siniestro

En caso de desacuerdo entre la Aseguradora y el beneficiario Asegurado sobre la situación de invalidez o incapacidad del Asegurado, ambos se podrán someter al dictamen de un perito Médico, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- La Aseguradora nombrará un perito Médico y el beneficiario otro. Cada parte satisfará los honorarios de su perito.
- Si uno de los dos no nombra ninguno en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerido por la parte que hubiese designado el suyo, se entenderá que acepta el dictamen del perito nombrado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- Los desacuerdos entre peritos se solucionarán por un tercer perito Médico nombrado por ambas partes.
- Si no llegasen a un acuerdo, la designación la hará el Juez de Primera Instancia adscrito al domicilio del beneficiario.
- El dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o en su defecto, en el plazo de 30 días a partir de su nombramiento.
- Los honorarios del tercer perito se abonarán a partes iguales.

El dictamen de los peritos será vinculante para las partes, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso de la Aseguradora y de ciento ochenta en el del beneficiario, computados ambos desde la fecha de su notificación.

8.5. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DENTAL

- a) A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia.
- b) Al requerir la prestación de asistencia dental, el Asegurado debe exhibir el documento identificativo que la Aseguradora le entregará al efecto, y el último recibo de prima.
- c) El Asegurado, para recibir la asistencia dental incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores agrupados por provincias a través de sus Cuadros Dentales los cuales, para determinadas asistencias, podrán contener un único prestador.
- Será obligación del Asegurado utilizar las asistencias de los proveedores que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora a la entrega del Cuadro Dental actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Dentales provinciales actualizados a través de su web: www.adeslas.es/cuadromedicodental. En dichos Cuadros Dentales se especificará el tipo de modalidad correspondiente al centro o centros permanentes de urgencia.
- El Asegurado abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia, a excepción de los Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado, siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza. **La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir.**
- d) El Asegurado abonará por cada asistencia recibida, el importe que, se establece en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado.
- e) Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, **se excluyen por ello la hospitalización y la anestesia general.**
- f) En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.
- g) En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro de la Aseguradora.
- El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado. Desde que sean implantadas, las prótesis tendrán un plazo de dos años de garantía contra el desgaste o deterioro que sufran, siempre que sean utilizadas correctamente.
- h) Para recibir una asistencia dental de urgencia, deberá acudir al centro de urgencia que la Aseguradora tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el Cuadro Dental.

8.6. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO. DISPOSICIONES ADICIONALES.

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

Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el Asegurado solicite la prestación de las asistencias llamando al siguiente número de teléfono disponible permanentemente las 24 horas al día desde cualquier lugar del mundo: 34 91 745 32 80. Este teléfono aparece en la tarjeta del Asegurado.

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

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

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

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

9. PERIODOS DE CARENCIA

Las carencias citadas a continuación, hacen referencia a las cláusulas que componen las condiciones generales de la póliza.

Medios de Diagnóstico	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 meses
Hospitalización	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	3 meses
Ligadura de trompas y vasectomía.	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	8 meses
Coste de implantes quirúrgicos y prótesis.	8 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
Tratamientos Especiales	
Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	3 meses
Nucleotomía percutánea.	3 meses
Laserterapia cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
Tratamiento del dolor.	8 meses
Diálisis.	8 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	8 meses
Litotricia renal.	8 meses
Quimioterapia y oncología radioterápica.	8 meses

10. COPAGOS

Sin copagos.

CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

1. CUESTIONES GENERALES

El importe de la prima del seguro, está determinada en el apartado "Datos de simulación del seguro". En el periodo inicial de vigencia, la prima se abonará mediante fraccionamiento mensual (36 mensualidades). En caso de eventuales renovaciones anuales la prima anual será abonada con periodicidad mensual.

El pago de la prima se domiciliará en la cuenta que indique el Tomador (debe ser el titular y la entidad financiera tener sede en España). Deberá autorizar a La Aseguradora a efectuar los cargos y abonos que por razón del seguro se produzcan en dicha cuenta.

2. COMUNICACIÓN DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES

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

La Aseguradora, cada anualidad de seguro, podrá actualizar el importe de las primas del seguro, franquicias y en su caso el porcentaje y límites de reembolso de gastos, así como los importes a cargo del Asegurado establecidos en la descripción de los Actos Dentales. La nueva prima se calculará teniendo en cuenta el aumento de edad del Asegurado, el incremento del coste de los asistencias sanitarias, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, el aumento de la frecuencia global de las prestaciones cubiertas por la póliza, o por el aumento de siniestralidad del resto de coberturas, 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. Los incrementos de prima podrán ser ajenos al IPC general.

Asimismo, la Aseguradora pondrá a disposición del Tomador en su página web www.adeslas.es/cargosdentales.es el importe actualizado correspondiente a los Actos Dentales para la nueva anualidad.

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.

3. TARIFAS DE PRIMA. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR EN EL CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se calculará con arreglo a los costes de las asistencias sanitarias de las coberturas y prestaciones cubiertas durante el correspondiente periodo de vigencia del seguro, la edad del Asegurado y la provincia de contratación, utilizando hipótesis actuariales razonables admitidas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Asimismo, puede consultar en todo momento las tarifas de prima estándar aplicables de las que ya ha sido informado, en www.segurcaixaadeslas.es/tarifassalud

4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares. A su vencimiento, y siempre que el Tomador esté al corriente en el pago de las primas, el contrato se renovará tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la renovación del contrato por escrito, con un mes de antelación en el caso del Tomador del seguro y dos meses en el caso de la Aseguradora. (Para más información, en relación a determinados casos en que la Aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato, ver Anexo a la Nota Informativa referente a "Limitaciones a la oposición a la prórroga en casos de edad avanzada o enfermedades graves").

No obstante lo anterior, 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.

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.

e) En los supuestos de utilización de la modalidad de reembolso, si no presenta la documentación original cuando sea requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportada no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.

f) Las coberturas de accidentes finalizan:

- En caso de fallecimiento, o incapacidad absoluta y permanente
- Cuando el Asegurado cumpla 76 años

5. REHABILITACIÓN DEL SEGURO

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.

6. LÍMITES Y CONDICIONES RELATIVOS A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza mediante cuadro médico, 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 podrá modificar esta relación de proveedores asistenciales mediante bajas o altas de los mismos.

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria a través de reembolso de gastos sanitarios, podrá acudir a cualquier centro o profesional sanitario a nivel mundial, para la prestación de las asistencias incluidas en póliza, excepto aquellos que figuren en los cuadros médicos de la Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir asistencia.

La Aseguradora mantendrá actualizada la relación de proveedores asistenciales que estará accesible en su página web: www.adeslas.es/cuadromedico.

Además, 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 de la asistencia. En cada oficina de atención al público de la Aseguradora se encontrará disponible para los Asegurados el Cuadro Médico provincial correspondiente.

Es obligación del Asegurado utilizar las asistencias sanitarias de los proveedores asistenciales que se encontrasen en alta en la fecha de solicitud de la asistencia.

En el caso de asistencia sanitaria mediante cuadro médico no se concederán indemnizaciones en metálico. No obstante, la Aseguradora asume la prestación de la asistencia sanitaria concertada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

TRIBUTOS REPERCUTIBLES

A fecha de emisión de este documento, los recargos aplicables en el recibo del seguro de asistencia sanitaria son el **1,5 por 1.000 del importe de las primas**, correspondiente al recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades aseguradoras y un **8%** del importe de las primas por la cobertura de asistencia en viaje, correspondiente al Impuesto sobre primas de seguros.

No obstante, dichos tipos impositivos son susceptibles de variación en el tiempo, por lo que en cualquier caso, el tipo repercutible será el vigente a fecha de emisión de la prima o su fracción.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

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 habilitada 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.

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.

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.

LEGISLACIÓN APLICABLE

El seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados. Asimismo se rige por lo convenido en la póliza.

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.

RÉGIMEN FISCAL

Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el Tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa podrá deducir en su Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, la prima pagada por cobertura de enfermedad **hasta 500 euros por persona**, computando a estos efectos **exclusivamente** su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el Tomador; esta cuantía asciende a **1.500 euros en el caso de personas con discapacidad** (en el caso de que el Tomador sea residente fiscal en Navarra el límite de **500 euros** se aplica a la propia cobertura del Tomador y a la de su cónyuge, así como a la de los descendientes por los que aquel tenga derecho a deducción por mínimo familiar. El gasto deducible **máximo será de 500 euros** por cada una de las personas señaladas anteriormente o de **1.500 euros** por cada una de ellas con discapacidad).

Si el Tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en el Impuesto sobre Sociedades o en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas si fuera empresario o profesional. La prima por cobertura de enfermedad del propio empleado/a, su cónyuge y sus descendientes no constituirá retribución en especie del empleado/a con los límites cuantitativos por persona señalados en el párrafo anterior.

La cuantía que excediera de estos límites se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de asistencias sanitarias obtenidas no se consideran renta en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del beneficiario/a.

Por su parte, y con carácter general, la indemnización por accidente tributará conforme al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones cuando derive del fallecimiento del Asegurado. Si es percibida por el propio Tomador/Asegurado, tributará como rendimiento del capital mobiliario sujeto a retención en el Impuesto sobre la Renta de la Persona Físicas.

IMPUESTOS APLICABLES

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban ser satisfechos por razón de este seguro, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del seguro. Los impuestos y recargos que sean aplicables sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

FINALIDAD

Tramitación de la simulación de seguro y así como realizar el perfilado para el cálculo del importe de la prima.

De no formalizarse la póliza, transcurridos diez días hábiles desde la fecha de finalización de validez de esta simulación, los datos contenidos en la misma serán objeto de cancelación.

LEGITIMACIÓN

Ejecución de un contrato (desarrollo de medidas precontractuales a solicitud del interesado).

Asimismo, el Tomador declara que los datos de carácter personal facilitados son veraces, exactos y de su propia titularidad y/o de terceros de los que dispone de su consentimiento para cederlos a nuestra entidad.

DESTINATARIOS

No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza.

DERECHOS

Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

ORIGEN DE LOS DATOS

El responsable del tratamiento podrá utilizar datos obtenidos de fuentes públicas con la finalidad de realizar la simulación solicitada.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas en la siguiente página web:
www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

DERECHO DE DESISTIMIENTO DEL TOMADOR

El Tomador del seguro podrá desistir del contrato, sin necesidad de indicar los motivos y sin que se le aplique penalización alguna, dentro del plazo de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora le entregue, mediante soporte duradero, la documentación correspondiente a la póliza. No podrá ejercitar tal derecho de desistimiento si el Tomador hace uso de las coberturas garantizadas por su póliza.

El Tomador podrá ejercer el citado derecho de desistimiento mediante cualquier procedimiento que permita dejar constancia de la notificación dirigida a la Aseguradora a través de cualquier modo admitido en Derecho. A tal efecto podrá dirigir una carta firmada al domicilio de la Aseguradora o realizar una llamada telefónica al número 900 50 50 40 o 91 919 18 98, identificando claramente en ambos casos sus datos personales y los del contrato sobre el que desea ejercer el derecho de desistimiento.

El contrato quedará extinguido y, consecuentemente, cesará la cobertura del riesgo Asegurado, en la misma fecha en que la Aseguradora reciba la notificación del desistimiento por parte del Tomador quien tendrá derecho a la devolución o extorno de la parte proporcional de prima no consumida que, en su caso, corresponda. Dicha devolución tendrá lugar en el plazo máximo de treinta días naturales contados desde el día de notificación del desistimiento.

INFORMACIÓN SOBRE EL DISTRIBUIDOR

La Aseguradora realiza una venta informada, conforme a las exigencias y necesidades del cliente, ofreciendo una información objetiva y comprensible del producto.

La naturaleza de la remuneración percibida por los empleados de la Aseguradora en relación con la venta de este seguro podrá consistir en diferentes incentivos, dinerarios o no, determinados conforme al ejercicio de su actividad, que no supondrán, en ningún caso, un conflicto que afecte a su obligación de actuar en el mejor interés del cliente ni coste adicional para el mismo.

ACTOS DENTALES CON O SIN IMPORTE A CARGO DEL ASEGURADO

Estos actos dentales serán de aplicación **si su póliza entra en vigor en el año 2025** y se mantendrán hasta su renovación. (Consulte con su oficina o www.adeslas.es/cargosdentales).

Actos dentales con o sin importe a cargo del Asegurado	2025		
	Clínicas Dentales Adeslas (*)	Óptima (**)	Dental (***)
A. Odontología preventiva			
Consulta	Nada	Nada	Nada
Revisión	Nada	Nada	Nada
Consulta urgente	Nada	Nada	Nada
Limpieza de boca. Tartrectomía (Ambas arcadas)	Nada	Nada	Nada
Educación bucodental	Nada	Nada	Nada
Fluorizaciones. Sesión	Nada	Nada	Nada
Selladores oclusales (Por pieza)	Nada	Nada	Nada
Tratamiento con férula blanda	65,00 €	65,00 €	75,00 €
Férula mejora del sueño (Antirronquidos)	895,00 €	895,00 €	1.075,00 €
Revisión periódica y ajuste férula mejora del sueño	20,00 €	20,00 €	35,00 €
Tratamiento hipersensibilidad dental con láser (Arcada/sesión)**	80,00 €	80,00 €	90,00 €
Tratamiento terapia con láser (Infecciones, aftas) (Sesión)**	40,00 €	40,00 €	50,00 €
B. Pruebas diagnósticas			
Ortopantomografía (Panorámica dental)	Nada	Nada	10,00 €
Telerradiografía lateral o frontal de cráneo	Nada	Nada	15,00 €
Radiografías odontológicas	Nada	Nada	Nada
Estudio radiológico 3D Una arcada	Nada	80,00 €	115,00 €
Estudio radiológico 3D Dos arcadas	Nada	105,00 €	150,00 €
Estudio radiológico 3D (Endodoncia)	Nada	40,00 €	75,00 €
Estudio tomográfico (TAC) Una arcada	Nada	80,00 €	115,00 €
Estudio tomográfico (TAC) Dos arcadas	Nada	105,00 €	150,00 €
Radiografía transcraneal boca cerrada y abierta	60,00 €	60,00 €	65,00 €
C. Obturaciones			
Obturación	45,00 €	45,00 €	55,00 €
Restauración de ángulos	30,00 €	30,00 €	40,00 €
Reconstrucción coronaria	55,00 €	55,00 €	65,00 €
Reconstrucción coronaria con postes o pernos	90,00 €	90,00 €	100,00 €
Protección pulpar	Nada	Nada	Nada
D. Endodoncias			
Endodoncias unirradiculares	115,00 €	115,00 €	130,00 €
Endodoncias birradiculares	140,00 €	140,00 €	175,00 €
Endodoncias multirradiculares	180,00 €	180,00 €	230,00 €
Reendodoncias	200,00 €	200,00 €	295,00 €

E. Periodoncia			
Limpieza de boca. Tartrectomía (Ambas arcadas)	Nada	Nada	Nada
Periodontograma	Nada	Nada	Nada
Injerto libre de encía	170,00 €	170,00 €	185,00 €
Curetaje por cuadrante (Raspado y alisado radicular)	60,00 €	60,00 €	70,00 €
Alargamiento coronario	170,00 €	170,00 €	180,00 €
Colgajo reposición apical (Por cuadrante)	235,00 €	235,00 €	245,00 €
Ferulización de dientes (Por sextante)	130,00 €	130,00 €	205,00 €
Ferulización de dientes (Por diente)	30,00 €	30,00 €	35,00 €
Mantenimiento periodontal (Por arcada)	Nada	50,00 €	60,00 €
Cirugía a colgajo (Por diente)	40,00 €	40,00 €	60,00 €
Tratamiento de periimplantitis (Levantar prótesis, limpiar, desbridar)	70,00 €	70,00 €	85,00 €
Gingivectomía parcial (Por cuadrante)	50,00 €	50,00 €	55,00 €
Colocación de materiales biológicos (Hueso liofilizado y otros biomateriales)	235,00 €	235,00 €	270,00 €
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	245,00 €	245,00 €	280,00 €
F. Odontopediatría (Tratamientos para menores de 15 años)			
Tratamiento con mantenedor de espacio fijo	80,00 €	80,00 €	85,00 €
Tratamiento con mantenedor de espacio móvil	65,00 €	65,00 €	70,00 €
Selladores oclusales (Por pieza)	Nada	Nada	Nada
Obturación	Nada	40,00 €	50,00 €
Reconstrucción coronaria (Tornillos, pines incluidos)	Nada	60,00 €	65,00 €
Apicoformación (Por sesión)	Nada	40,00 €	50,00 €
Endodoncia en diente temporal (Pulpectomía)	Nada	80,00 €	90,00 €
Pulpotomía	Nada	65,00 €	70,00 €
Colocación corona preformada de metal	Nada	70,00 €	85,00 €
Reimplantación de piezas (Por pieza)	Nada	60,00 €	90,00 €
Ferulización de dientes (Por diente)	Nada	35,00 €	40,00 €
G. Ortodoncia			
Estudio ortodoncia (Fotografías, modelos, estudio cefalométrico)	Nada	Nada	Nada
Ortopantomografía (Estudio de ortodoncia)	Nada	Nada	Nada
Teleradiografía lateral o frontal de cráneo (Estudio ortodoncia)	Nada	Nada	Nada
Tratamiento interceptivo con aparatología funcional fija (Por aparato)	425,00 €	475,00 €	570,00 €
Tratamiento interceptivo con aparatología funcional móvil (Por aparato)	405,00 €	450,00 €	640,00 €
Colocación de aparatos auxiliares (Cada aparato)	135,00 €	150,00 €	170,00 €
Renovación aparatología móvil, cambio, pérdida o rotura	90,00 €	100,00 €	200,00 €
Visitas periódicas de revisión ortodoncia interceptiva	30,00 €	30,00 €	40,00 €
Compostura en aparatología móvil o fija	25,00 €	25,00 €	40,00 €
Colocación de microimplantes (Por unidad)	100,00 €	110,00 €	125,00 €
Colocación placas de retención, férula o Hawley (Unidad)	65,00 €	70,00 €	85,00 €
Retención fija: ferulización de dientes (Por sextante)	90,00 €	100,00 €	160,00 €
Cajitas de ortodoncia	Nada	Nada	Nada
Visita urgente de ortodoncia	Nada	Nada	Nada
Visitas de revisión post-tratamiento ortodoncia	Nada	Nada	Nada

G.1. Ortodoncia fija			
G.1.1. Brackets metálicos			
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Una arcada) - Refinamiento	695,00 €	770,00 €	915,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Dos arcadas) - Refinamiento	1.055,00 €	1.165,00 €	1.375,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Una arcada) - Alineación	900,00 €	995,00 €	1.180,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Dos arcadas) - Alineación	1.295,00 €	1.435,00 €	1.730,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Una arcada)	1.285,00 €	1.425,00 €	1.485,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Dos arcadas)	1.710,00 €	1.895,00 €	2.235,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Una arcada) - Complejos: extracciones, incluidos	1.495,00 €	1.660,00 €	1.985,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets metálicos (Dos arcadas) - Complejos: extracciones, incluidos	1.920,00 €	2.125,00 €	2.520,00 €
Reposición de brackets metálicos (Unidad)	Nada	Nada	Nada
G.1.2. Brackets metálicos autoligables			
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Una arcada) - Refinamiento	925,00 €	1.030,00 €	1.265,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Dos arcadas) - Refinamiento	1.465,00 €	1.635,00 €	2.025,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Una arcada) - Alineación	1.160,00 €	1.290,00 €	1.575,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Dos arcadas) - Alineación	1.745,00 €	1.945,00 €	2.380,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Una arcada)	1.495,00 €	1.665,00 €	2.030,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Dos arcadas)	2.105,00 €	2.345,00 €	2.860,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Una arcada) - Complejos: extracciones, incluidos	1.875,00 €	2.085,00 €	2.550,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables (Dos arcadas) - Complejos: extracciones, incluidos	2.485,00 €	2.765,00 €	3.375,00 €
Reposición de brackets autoligables (Unidad)	Nada	Nada	Nada
G.2. Ortodoncia fija estética			
G.2.1. Brackets estéticos cerámicos			
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Una arcada) - Refinamiento	905,00 €	1.005,00 €	1.180,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Dos arcadas) - Refinamiento	1.460,00 €	1.625,00 €	1.895,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Una arcada) - Alineación	1.110,00 €	1.230,00 €	1.440,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Dos arcadas) - Alineación	1.710,00 €	1.900,00 €	2.210,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Una arcada)	1.495,00 €	1.660,00 €	1.965,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Dos arcadas)	2.125,00 €	2.360,00 €	2.760,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Una arcada) - Complejos: extracciones, incluidos	1.700,00 €	1.890,00 €	2.245,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets estéticos cerámicos (Dos arcadas) - Complejos: extracciones, incluidos	2.330,00 €	2.590,00 €	3.045,00 €
Reposición de brackets estéticos cerámicos (Unidad)	Nada	Nada	Nada
G.2.2. Brackets estéticos de zafiro			
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Una arcada) - Refinamiento	1.065,00 €	1.185,00 €	1.505,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Dos arcadas) - Refinamiento	1.710,00 €	1.900,00 €	2.145,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Una arcada) - Alineación	1.330,00 €	1.475,00 €	1.710,00 €

Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Dos arcadas) - Alineación	2.015,00 €	2.240,00 €	2.545,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Una arcada)	1.855,00 €	2.060,00 €	2.430,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Dos arcadas)	2.565,00 €	2.850,00 €	3.290,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Una arcada) - Complejos: extracciones, incluidos	2.140,00 €	2.380,00 €	2.825,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets de zafiro (Transparentes) (Dos arcadas) - Complejos: extracciones, incluidos	2.855,00 €	3.170,00 €	3.690,00 €
Reposición de brackets de zafiro (unidad)	Nada	Nada	Nada

G.2.3. Brackets autoligables estéticos

Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Una arcada) - Refinamiento	1.180,00 €	1.310,00 €	1.550,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Dos arcadas) - Refinamiento	1.940,00 €	2.155,00 €	2.530,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Una arcada) - Alineación	1.440,00 €	1.600,00 €	1.895,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Dos arcadas) - Alineación	2.245,00 €	2.495,00 €	2.930,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Una arcada)	1.825,00 €	2.025,00 €	2.415,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Dos arcadas)	2.650,00 €	2.945,00 €	3.475,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Una arcada) - Complejos: extracciones, incluidos	2.255,00 €	2.505,00 €	3.010,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets autoligables estéticos (Dos arcadas) - Complejos: extracciones, incluidos	3.085,00 €	3.425,00 €	4.060,00 €
Reposición de brackets autoligables estéticos (Unidad)	Nada	Nada	Nada

G.3. Ortodoncia invisible (Solo en clínicas autorizadas, consultar disponibilidad)

Estudio ortodoncia invisible	Nada	Nada	Nada
Tratamiento ortodóncico EXPRESS con ortodoncia invisible (Una arcada)	1.490,00 €	1.660,00 €	1.845,00 €
Tratamiento ortodóncico EXPRESS con ortodoncia invisible (Dos arcadas)	2.335,00 €	2.595,00 €	2.905,00 €
Tratamiento ortodóncico LITE con ortodoncia invisible (Una arcada)	2.140,00 €	2.380,00 €	2.625,00 €
Tratamiento ortodóncico LITE con ortodoncia invisible (Dos arcadas)	2.985,00 €	3.315,00 €	3.685,00 €
Tratamiento ortodóncico MODERATE con ortodoncia invisible (Una arcada)	2.540,00 €	2.820,00 €	3.375,00 €
Tratamiento ortodóncico MODERATE con ortodoncia invisible (Dos arcadas)	3.375,00 €	3.750,00 €	4.380,00 €
Tratamiento ortodóncico COMPREHENSIVE con ortodoncia invisible (Dos arcadas)	3.850,00 €	4.275,00 €	4.725,00 €
Renovación por pérdida de alineador (Unidad)	155,00 €	170,00 €	175,00 €
Corrección durante el tratamiento (Estudio y Alineadores)	270,00 €	300,00 €	335,00 €
Fase de retención con retenedores invisibles (Una arcada)	295,00 €	325,00 €	375,00 €
Fase de retención con retenedores invisibles (Dos arcadas)	405,00 €	450,00 €	500,00 €

G.4. Ortodoncia lingual (Solo en clínicas autorizadas, consultar disponibilidad)

Tratamiento ortodóncico LITE con brackets linguales (Una arcada) (3x3-4x4)	2.280,00 €	2.530,00 €	3.365,00 €
Tratamiento ortodóncico LITE con brackets linguales (Dos arcada) (3x3-4x4)	3.640,00 €	4.045,00 €	5.000,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets linguales EXPRESS (Una arcada)	2.370,00 €	2.630,00 €	3.465,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets linguales EXPRESS (Dos arcadas)	3.820,00 €	4.245,00 €	5.200,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets linguales (Por arcada)	3.090,00 €	3.480,00 €	4.850,00 €
Tratamiento ortodóncico con brackets linguales (Dos arcadas)	4.540,00 €	5.045,00 €	6.560,00 €
Reposición de brackets linguales (Unidad)	180,00 €	200,00 €	230,00 €
Colocación de retenedores ortodoncia lingual (Unidad)	75,00 €	80,00 €	95,00 €

H. Prótesis fija (*Ver nota)			
Preparación prescripción y colocación en su caso de:			
Tratamiento con mantenedor de espacio fijo	80,00 €	80,00 €	85,00 €
Corona provisional acrílico	25,00 €	25,00 €	30,00 €
Casquillos de metal como provisional	10,00 €	10,00 €	15,00 €
Muñón colado (Corona aparte)	65,00 €	65,00 €	70,00 €
Corona o puente metal porcelana (Por pieza)	260,00 €	260,00 €	350,00 €
Reparaciones o composturas de porcelana (Por pieza)	50,00 €	50,00 €	65,00 €
Pegar coronas o puentes	Nada	Nada	Nada
Retirar y cortar puentes	40,00 €	40,00 €	50,00 €
Puente Maryland (Pieza y dos apoyos)	265,00 €	265,00 €	385,00 €
Corona o puente cerámica sin metal tipo in ceram, prodera, empress (Por pieza)	375,00 €	375,00 €	535,00 €
Corona o puente de zirconio (Por pieza)	350,00 €	350,00 €	470,00 €
Corona o puente de disilicato de litio (Por pieza)	350,00 €	350,00 €	470,00 €
I. Prótesis removible acrílica (*Ver nota)			
Preparación prescripción y colocación en su caso de:			
Tratamiento con mantenedor de espacio móvil	65,00 €	65,00 €	70,00 €
Prótesis removible completa (Superior o inferior)	380,00 €	380,00 €	470,00 €
Prótesis parcial removible acrílico, hasta 6 piezas, total (Incluidos los ganchos o retenedores)	225,00 €	225,00 €	285,00 €
Prótesis parcial removible acrílico, de 7 a 10 piezas, total (Incluidos los ganchos o retenedores)	275,00 €	275,00 €	365,00 €
Prótesis parcial removible acrílico de 11 piezas en adelante, total (Incluidos los ganchos o retenedores)	315,00 €	315,00 €	385,00 €
Composturas o reparación (Ganchos, refuerzos, retenedores, agregar piezas, soldaduras...)	50,00 €	50,00 €	55,00 €
Refuerzos metálicos	50,00 €	50,00 €	60,00 €
Rebases (Cada arcada)	60,00 €	60,00 €	65,00 €
Rebases blandos (Por arcada)	65,00 €	65,00 €	80,00 €
Recargo resina hipoalérgica (Cada arcada)	60,00 €	60,00 €	65,00 €
J. Prótesis removible flexible (*Ver nota)			
Preparación prescripción y colocación en su caso de:			
Prótesis valplast o flexite de 1 a 2 piezas	575,00 €	575,00 €	630,00 €
Prótesis valplast o flexite de 3 a 5 piezas	610,00 €	610,00 €	675,00 €
Prótesis valplast o flexite más de 6 piezas	670,00 €	670,00 €	740,00 €
Preparación y colocación de reparaciones o composturas	85,00 €	85,00 €	90,00 €
Por piezas añadidas (Cada una)	85,00 €	85,00 €	90,00 €
Neobase (Hasta 5 piezas)	90,00 €	90,00 €	95,00 €
Neobase (Más 5 piezas)	190,00 €	190,00 €	205,00 €
Valplast o flexite incluyendo esquelético y piezas, de 1 a 5 piezas	695,00 €	695,00 €	730,00 €
Valplast o flexite incluyendo esquelético y piezas de 6 o más	775,00 €	775,00 €	800,00 €

K. Prótesis esqueléticos (*Ver nota)			
Preparación prescripción y colocación en su caso de:			
Esquelético (Estructura base para una o varias piezas)	205,00 €	205,00 €	225,00 €
Terminación en acrílico por pieza en esquelético	55,00 €	55,00 €	60,00 €
Piezas sochapadas, cara oclusal metálica (Cada una)	35,00 €	35,00 €	45,00 €
Composturas o reparación (Ganchos, refuerzos, retenedores, agragar piezas, soldaduras...)	50,00 €	50,00 €	55,00 €
Sujetadores de precisión (Attaches) (Cada unidad)	105,00 €	105,00 €	115,00 €
Ganchos estéticos (Resina acetálica) (Cada uno)	75,00 €	75,00 €	110,00 €
Reposición de sistemas retención (Caballitos o teflones)	60,00 €	60,00 €	65,00 €
L. Cirugía oral			
Exodoncia Simple. Extracción pieza dentaria	Nada	Nada	15,00 €
Cordal incluido extracción una pieza con o sin quiste	70,00 €	70,00 €	125,00 €
Otras piezas dentarias incluidas. Extracción una pieza con o sin quiste	60,00 €	60,00 €	120,00 €
Exodoncia restos radiculares con o sin cirugía	65,00 €	65,00 €	130,00 €
Quiste odontogénico	Nada	Nada	65,00 €
Cordal no incluido. Extracción una pieza con o sin quiste	50,00 €	50,00 €	105,00 €
Apicectomía	75,00 €	75,00 €	130,00 €
Fenestración	50,00 €	50,00 €	145,00 €
Frenillo lingual o labial. Frenectomía	45,00 €	45,00 €	95,00 €
Amputación radicular terapéutica (Hemisección)	55,00 €	55,00 €	90,00 €
Regularización de bordes alveolares	45,00 €	45,00 €	95,00 €
Toma de biopsia	Nada	Nada	Nada
Torus maxilares	60,00 €	60,00 €	95,00 €
Gingivectomía parcial (Por cuadrante)	50,00 €	50,00 €	55,00 €
M. Implantología fase quirúrgica			
Colocación de un implante	565,00 €	625,00 €	760,00 €
Revisiones implantología	Nada	Nada	25,00 €
Elevación de seno	315,00 €	350,00 €	385,00 €
Colocación de materiales biológicos (Hueso liofilizado y otros biomateriales)	210,00 €	235,00 €	270,00 €
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	220,00 €	245,00 €	280,00 €
Colocación de injerto de hueso liofilizado en bloque	415,00 €	460,00 €	535,00 €
Colocación de membranas no reabsorbibles (Incluye retirada)	420,00 €	465,00 €	560,00 €
Colocación 6 mini-implantes (Arcada superior)	1.215,00 €	1.350,00 €	1.620,00 €
Colocación 4 mini-implantes (Arcada inferior)	1.010,00 €	1.120,00 €	1.345,00 €
N. Implantología fase protésica (*Ver nota)			
Estudio implantológico	Nada	Nada	Nada
Preparación prescripción y colocación en su caso de:			
Corona o puente metal porcelana sobre implantes (Por pieza)	305,00 €	340,00 €	435,00 €
Corona o puente de zirconio sobre implantes (Por pieza)	360,00 €	400,00 €	515,00 €
Corona o puente de disilicato de litio sobre implantes (Por pieza)	360,00 €	400,00 €	515,00 €

Adeslas Plena Total

Corona provisional sobre implantes (Por pieza)	75,00 €	85,00 €	100,00 €
Prótesis mucosoportada sistema barra (Incluye barras y caballitos) (Por arcada)	1.065,00 €	1.185,00 €	1.220,00 €
Prótesis mucosoportada (Por arcada)	1.065,00 €	1.185,00 €	1.220,00 €
Refuerzo colado prótesis mucosoportada	145,00 €	160,00 €	190,00 €
Sistema de anclaje de sobredentaduras (Por bolas, locators...) (Por unidad)	240,00 €	265,00 €	295,00 €
Reposición de sistemas retención (Caballitos o teflones o hembras de sobredentadura)	55,00 €	60,00 €	65,00 €
Aditamentos protésicos (Por pilar)	305,00 €	340,00 €	360,00 €
Aditamentos protésicos zirconio (Por pilar)	325,00 €	360,00 €	395,00 €
Mantenimiento anual implantológico. Limpieza, prótesis y colocación de tapones	Nada	Nada	Nada
Mantenimiento anual prótesis mesosoportada, híbrida (Por arcada)	80,00 €	90,00 €	105,00 €
Adaptación prótesis completa a mini-implantes (Por unidad)	135,00 €	150,00 €	180,00 €
Prótesis removible completa fijada con mini implantes (Superior o inferior)	300,00 €	335,00 €	420,00 €
O. Implantología: carga inmediata (Solo en clínicas autorizadas, consultar disponibilidad)			
Colocación de un implante de carga inmediata	585,00 €	650,00 €	780,00 €
Aditamentos protésicos (Por pilar) de carga inmediata	305,00 €	340,00 €	360,00 €
Aditamentos protésicos zirconio (Por pilar) de carga inmediata	325,00 €	360,00 €	395,00 €
Corona provisional sobre implantes (Por pieza) de carga inmediata (incluye aditamento)	255,00 €	285,00 €	340,00 €
Corona o puente metal porcelana sobre implantes (Por pieza) de carga inmediata	305,00 €	340,00 €	435,00 €
Corona o puente de zirconio sobre implantes (Por pieza) de carga inmediata	360,00 €	400,00 €	515,00 €
P. Estética dental (*Ver nota)			
Preparación prescripción y colocación en su caso de:			
Diseño digital de la sonrisa con Mock up **	250,00 €	250,00 €	280,00 €
Carilla alta estética digitalmente guiada (Por pieza) **	530,00 €	530,00 €	590,00 €
Gingivectomía con férula digital (Por arcada) **	250,00 €	250,00 €	280,00 €
Incrustación de composite	100,00 €	135,00 €	190,00 €
Incrustación porcelana	135,00 €	100,00 €	120,00 €
Carillas de composite (Por pieza)	100,00 €	260,00 €	280,00 €
Carillas de porcelana (Por pieza)	260,00 €	270,00 €	325,00 €
Carillas de zirconio o disilicato de litio (Por pieza)	270,00 €	375,00 €	535,00 €
Corona o puente cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empress (Por pieza)	375,00 €	350,00 €	470,00 €
Corona o puente de zirconio (Por pieza)	350,00 €	350,00 €	470,00 €
Corona o puente de disilicato de litio (Por pieza)	350,00 €	280,00 €	355,00 €
Blanqueamiento dental en consulta (Lámpara LED, plasma)	280,00 €	440,00 €	515,00 €
Blanqueamiento dental en consulta (Láser) **	440,00 €	40,00 €	70,00 €
Blanqueamiento interno dental por pieza cada sesión	40,00 €	170,00 €	215,00 €
Blanqueamiento dental en domicilio (Férulas, kit y visitas incluidas)	170,00 €	380,00 €	470,00 €
Blanqueamiento dental combinado. Consulta (lámpara) más domicilio	380,00 €	100,00 €	150,00 €

Adeslas Plena Total

Q. Patología Articulación Temporo Mandibular ATM			
Estudio articulación, anamnesis, exploración, toma de registros, montaje y análisis articulador	65,00 €	65,00 €	110,00 €
Revisión periódica	Nada	Nada	Nada
Tallado selectivo ajuste oclusal (Incluye montaje de modelos en articulador semiajustable) (Tratamiento completo)	100,00 €	100,00 €	105,00 €
Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante tipo Michigan	215,00 €	215,00 €	220,00 €
Tratamiento con férula de adelantamiento mandibular	270,00 €	270,00 €	300,00 €
Reparaciones, rebases y reajustes de férula	40,00 €	40,00 €	40,00 €
Colocación de botones y elásticos clase III (Unidad)	150,00 €	150,00 €	150,00 €
R. Varios			
Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cotiz.	Seg. Cotiz.	Seg. Cotiz.
Encerado diagnóstico (Por pieza)	15,00 €	15,00 €	20,00 €

Los actos dentales aplicables en cada centro aparecerán reflejados en los Cuadros Dentales (Asistencias Dentales, consultables en www.adeslas.es/cuadro dental).

(*) Estos actos dentales serán aplicables en las Clínicas Dentales Adeslas, consultables en www.adeslas.es/cuadro dental

(**) Actos Dentales de la modalidad Óptima, identificados en el Cuadro Dental con sombreado gris.

(***) Actos Dentales de la modalidad Dental, identificados en el Cuadro Dental sin sombreado.

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

** Sólo en clínicas con dicha tecnología.

Actos dentales válidos salvo error tipográfico.

LIMITACIONES A LA OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA POR PARTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN LOS CONTRATOS DE SEGURO CON PARTICULARES EN LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA CON CUADRO MÉDICO EN CASOS DE EDAD AVANZADA O ENFERMEDADES GRAVES

Los contratos de seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de asistencias con Cuadro Médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las entidades aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad.

No obstante lo anterior, la entidad aseguradora adherida a la "Guía de buenas prácticas en materia de contratación de los seguros de salud" no se opondrá a la prórroga del contrato en los supuestos recogidos en este anexo y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.

2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan Asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 ó más años.

3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

- El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Tomador.

4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el Tomador acepte la prima y la participación en el coste de las asistencias que le correspondan, y que la Aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

La Aseguradora



SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

ANEXO INFORMATIVO DEL PRODUCTO

Seguro de prestación de asistencia sanitaria y dental a través del Cuadro Médico establecido por la Aseguradora y sin admitir indemnización

La información precontractual contenida tanto en el IPID como en la Nota Informativa del producto **Adeslas Plena Total** (seguro plurianual) se completa y se amplía mediante el presente anexo, en el que se relacionan las principales diferencias con el producto **Adeslas Plena Plus** (seguro anual) y **Adeslas Dental Familia** (anual), ya que el cliente debe conocer las diferentes alternativas que tiene a su disposición en cuanto a los productos de salud.

El producto **Adeslas Plena Plus** (seguro anual), es un seguro sin copagos de prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico establecido por la Aseguradora. Este producto ofrece la posibilidad de contratar de manera opcional la cobertura dental a través del complemento **Adeslas Dental Familia**.

El producto **Adeslas Plena Total** (seguro plurianual), es un seguro sin copagos de prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico establecido por la Aseguradora que incluye cobertura dental y, además, para las personas aseguradas **desde los 18 años de edad hasta el día que cumpla los 76 años de edad incluye la cobertura de accidentes**.

A continuación, se destacan las principales diferencias entre ambas alternativas:

- Duración y renovación del seguro:

- **La duración del primer período de vigencia**, en el caso de **Adeslas Plena Plus**, es de un año a contar desde la fecha de efecto y, en el caso del **Adeslas Plena Total**, de tres años a partir de la misma.
- **La revisión de la prima para renovaciones** y, en su caso, la oposición a la prórroga del contrato se producirán únicamente a la finalización de cada período de vigencia (uno o tres años, según el caso).

En ambas modalidades, la prima es debida íntegramente a SegurCaixa Adeslas desde la fecha de efecto del seguro, sin perjuicio de su fraccionamiento.

En la modalidad **Adeslas Plena Plus**, el importe corresponderá a la primera anualidad, mientras que en la modalidad **Adeslas Plena Total**, el importe corresponderá al período de vigencia inicial, que es de tres años.

- Principales ventajas del producto **Adeslas Plena Total** frente al producto **Adeslas Plena Plus**:

- **Las primas se mantienen sin incremento durante los primeros 3 años**. Si el seguro es renovado, la prima de renovación puede recalcularse conforme a las condiciones de la póliza, pasando a renovarse anualmente de forma automática.
- **Cobertura de chequeo médico anual por Asegurado**.
- **Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero de hasta 100.000 €**.
- **Reembolso del 50% en los gastos de adquisición de medicamentos dispensados en farmacia***, hasta un límite de 200 € por Asegurado y anualidad de seguro.
- **Cobertura de accidentes**: cobertura de los riesgos de incapacidad absoluta y permanente o fallecimiento derivados de accidente, para las personas aseguradas desde los 18 años de edad hasta el día que cumpla los 76 años de edad.

Y frente al producto **Adeslas Dental Familia**, **Adeslas Plena Total** incluye las siguientes ventajas a destacar:

- **El coste de los actos dentales no varía durante los primeros 3 años**, así como los actos gratuitos incluidos. Estas condiciones pueden sufrir modificaciones a partir de la renovación.
- **Descuento del 10 % en los tratamientos de ortodoncia e implantología**.

* Siempre y cuando estén prescritos por un facultativo para el tratamiento de una patología cubierta por la póliza y que se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud, con un límite de 200 € por Asegurado y anualidad.