

Adeslas  
**Expats**

Seguro de enfermedad.  
Póliza de asistencia sanitaria.

| **condiciones generales** |

**Adeslas**

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

## ÍNDICE

### CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales) 3

1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de Primas.	3
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	4
5. Otras obligaciones de la Compañía.	6
6. Duración del Seguro.	6
7. Condiciones necesarias para contratar el seguro.	7
8. Área de cobertura	7
9. Pérdida de derechos, resolución del contrato	7
10. Tratamiento de datos de carácter personal	8
11. Estado y autoridad de control del asegurador	8
12. Instancias de reclamación	9
13. Comunicación y jurisdicción.	9
14. Prescripción	10
15. Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza	10

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

I. Definiciones	11
II. Cobertura en el Extranjero.	16
1. Gastos Médicos	16
- Cobertura de gastos médicos	16
- Derivación al proveedor de servicios médicos	18
- Exclusiones de la cobertura en el extranjero	18
- Tramitación de siniestros de la cobertura en el extranjero	20
2. Asistencia en viaje	20
3. Evacuación Política	23
4. Asistencia Legal	25
5. Cobertura Dental y de Visión	26
6. Límites de indemnización de la cobertura en el extranjero	29
III. Cobertura en España	31
1. Cartera de servicios con cobertura en España	31
2. Exclusiones	37
3. Forma de obtener la cobertura de los servicios	38
4. Periodos de carencia	40

### 1) Cláusula preliminar

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

2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato.

### 2) Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y franquicias que en cada caso corresponda, La Compañía se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas dentro de las garantías fijadas en estas condiciones generales, tanto en el extranjero como en España y ello conforme se indica en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura, asumiendo La Compañía su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación o, en su caso, mediante reembolso de gastos cuando la asistencia se dispense en el extranjero.

### 3) Pago de Primas

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

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

3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si La Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima.

En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**b)** Comunicar a La Compañía, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

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

**d)** Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de La Compañía de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza de la madre desde el momento de su nacimiento.

Para ello, el Tomador deberá comunicar a La Compañía tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de Seguro.

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

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y La Compañía podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura en el Extranjero y en España.

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

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

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

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

**4.2.** Las tarjetas sanitarias personales, propiedad de La Compañía y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, La Compañía procederá a emitir y enviar unas nuevas tarjetas al Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a La Compañía las tarjetas correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de las tarjetas sanitarias.

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

## 5) Otras obligaciones de La Compañía

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

Igualmente entregará al Tomador las tarjetas sanitarias personales correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza para su utilización en El país de expatriación, así como para su utilización durante su estancia en España. Dicha tarjeta que dispondrá de una numeración única contendrá los siguientes datos:

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

Para el caso del extranjero los asegurados además de la Tarjeta de expatriado en el extranjero, deberán descargarse la "Tarjeta de Pago Directo" a través de [www.adeslas.es/expats](http://www.adeslas.es/expats) "Servicio expatriados" que es un documento que junto con la tarjeta les acreditará antes los proveedores médicos de la red internacional.

## 6) Duración del Seguro

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

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

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

## 7) Condiciones necesarias para contratar el seguro

Para contratar este seguro es preciso que el tomador tenga residencia en España y las personas aseguradas tengan relación laboral con el tomador y se encuentren temporalmente expatriadas fuera de España por razones laborales. Junto con estas personas podrán incluirse como asegurados los familiares dependientes del empleado que también se encuentren expatriados.

## 8) Área de cobertura

La póliza cubrirá a los Asegurados dentro del Área de Cobertura, país donde se encuentren residiendo temporalmente como expatriados, que se menciona en las condiciones particulares de la póliza.

Fuera del Área de Cobertura (a excepción de España) del Asegurado la garantía de la póliza quedará **limitada a emergencias** en caso de viajes de placer o de negocio que tengan lugar durante el Periodo de Indemnización y que no duren más de 90 días consecutivos, **excluyendo cualquier otro viaje cuando el propósito del mismo sea someterse a tratamiento médico o a consulta médica, o en caso de que la Persona Asegurada viaje en contra de la recomendación de un Médico.**

## 9) Pérdida de derechos, resolución del contrato

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

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

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

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

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

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

## 10) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios incluidos en esta Póliza, así como aquellos otros, incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por La Compañía con el fin de mantener y dar cumplimiento al contrato de seguro suscrito y financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo.

El Tomador declara que los datos personales de los asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el expreso consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.

El Tomador asimismo manifiesta que ha obtenido de todos los asegurados su consentimiento para que La Compañía incorpore, a ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros, pudiendo cederlos a entidades colaboradoras (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro), con la única finalidad de gestionar el seguro contratado, así como, su caso, girar al tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.

El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26.

## 11) Estado y autoridad de control del asegurador

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



## 12) Instancias de reclamación

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

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

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

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

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

**12.3.** 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.

## 13) Comunicaciones y jurisdicción

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

Las comunicaciones de La Compañía al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

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

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

## 14) Prescripción

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

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

La Compañía, anualmente, podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refieren las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura.
- c) Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en las Condiciones Especiales.
- d) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos al que se refieren la cláusula 2ª (Cláusulas Jurídicas) y las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere la Condición General (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que La Compañía tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de Prima producidas por este motivo. Todas estas modificaciones se fundamentarán en los cálculos técnico actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

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

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

### I. Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

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

**Acomodo:** para los familiares dependientes se entenderán los costes de una cama supletoria en la misma habitación para un familiar dependiente del asegurado.

**Administrador médico del plan:** se entenderá la organización que suministra los servicios de administración médica descritos en esta póliza en nombre de La Compañía en el extranjero.

**Asegurado/Persona Asegurada:** La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro.

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

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

**Cirugía estética** se entenderá un tratamiento realizado para dar nueva forma a las estructuras normales del cuerpo con el propósito de mejorar la apariencia física.

**Cirugía reconstructiva** se entenderá cualquier tratamiento realizado sobre estructuras anormales del cuerpo, causadas por Condiciones Congénitas, anomalías del desarrollo, Enfermedades o Lesiones, a fin de mejorar la función o de aproximarse a una apariencia normal.

**Compañía** se entenderá **SEGURCAIXA ADESLAS S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio social en la calle Juan Gris, 20-26 de Barcelona (08014) con NIF: A-28011864 inscrita con la clave C-0124 en el Registro Administrativo Especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

**Complicaciones de salud durante el embarazo** se entenderán aquellas condiciones con diagnóstico diferente al del embarazo pero que se vean adversamente afectadas o causadas por el embarazo, tales como; nefritis aguda, enfermedades del riñón, descompensación cardiaca, aborto fallido y condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable. El término incluirá embarazo ectópico finalizado, término espontáneo del embarazo en un momento en el que el nacimiento no sea viable, infección puerperal, eclampsia, y toxemia. Dicho término no incluirá complicaciones o enfermedades del embarazo inducido por fecundación in Vitro (FIV), cesáreas, contracciones, sangrado ocasional, baja médica durante el embarazo, náuseas propias del embarazo y condiciones similares asociadas a un embarazo complicado pero que no son en sí mismas condiciones médicas independientes.

**Condición de expatriado** se entenderá la de aquella persona que se encuentra trabajando fuera del lugar de origen de su trabajo por un periodo de tiempo superior a 6 meses.

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

**Consultor médico** se entenderá un médico que asesore a La Compañía, a TRAVEL GUARD o al Administrador Médico del Plan.

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

**Cuidados paliativos** se entenderán los servicios prescritos por un médico de una institución legalmente constituida y con licencia para suministrar programas centralizados de servicios paliativos y de apoyo de naturaleza física, psicológica, social y espiritual a enfermos terminales.

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

**Diente sano** entenderá un diente sin caries ni empastes en más de dos superficies, sin enfermedades de la encía con pérdida de hueso o endodoncias, que no sea un implante dental y que no impida masticar o hablar de forma normal

**Emergencia** se entenderá un cambio repentino en la salud de una persona que requiera una intervención médica o quirúrgica urgente para impedir daños de carácter permanente o que pongan en peligro la vida de esa persona.

**Empleado Expatriado** se entenderá una Persona Asegurada que sea un empleado del Tomador y que se encuentre en situación de expatriado, trabajando fuera del País de origen de trabajo, por cuenta de dicho Tomador.

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

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

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

**Enfermedad venérea** se entenderá una Enfermedad que haya sido transmitida por contacto sexual o cualquiera de las Enfermedades siguientes independientemente de que se hayan transmitido o no mediante contacto sexual: sífilis, gonorrea, verrugas venéreas incluyendo HPV's genitales (virus del papiloma humano), herpes genitales, granuloma inguinal, chancro, tricomoniasis, pediculosis pubis (phthirus pubis) plaga y Chlamydia.

**Enfermera titulada** se entenderá una enfermera diplomada que haya superado un examen oficial de carácter estatal y esté autorizada para ejercer como tal.

**Expatriado Individual** se entenderá una Persona Asegurada que tenga la condición de expatriado.

**Familiar dependiente de la persona Asegurada** se entenderá el cónyuge, el progenitor adulto, el hijo menor de edad o cualquier hijo menor de 23 años que se encuentre cursando estudios a tiempo completo del Asegurado Empleado Expatriado o del Asegurado Expatriado Individual que resida con él en el País de Acogida.

**Fecha de Efecto** se entenderá la fecha en la que comienza el periodo de cobertura para la Persona Asegurada en esta póliza.

**Fecha de servicio** se entenderá la fecha en la que se presta un servicio médico.

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

**Gastos Legales,** se entenderán:

- Los honorarios de abogado, gastos, y otros costes que razonablemente pudieran ser facturados al Asegurado con relación a causa legal, incluyendo los gastos justificados y razonables de los peritos y de La Compañía en los que se hubiera incurrido con relación a dicha acción.
- Los costes legales en los que hubiera incurrido la Persona Asegurada o un tercero en su nombre y los costes extrajudiciales tras una liquidación extrajudicial.
- Los honorarios de abogado, gastos y otros costes que pudieran ser facturados al Asegurado de forma razonable en concepto de procedimientos de apelación, sujeto siempre a la autorización expresa y por escrito de La Compañía y a que dichos procedimientos estén relacionadas con la causa de acción a la que se ha hecho referencia en el primer punto de la presente definición.

**Gastos Razonables y Habituales** se entenderán los gastos médicos asegurados que no excedan el nivel general de los honorarios cargados en concepto de servicios comparables por parte de profesionales médicos similares, en la misma región y para una Enfermedad o Lesión similar, independientemente de la disponibilidad de un seguro. En el caso de un servicio o suministro de carácter inusual, el Administrador Médico del Plan determinará hasta qué punto el gasto es razonable y habitual, tomando en consideración la complejidad del mismo, el nivel de especialización profesional requerido y otros factores pertinentes.

**Guerra** se entenderá los conflictos armados, precedidos o no por una declaración oficial de guerra, y cualquier actividad que incluya el uso de fuerzas armadas por una nación soberana con el objetivo de conseguir fines económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, raciales o religiosos.

**Habitación privada estándar** se entenderá la habitación de menor categoría con una sola cama de ese Hospital.

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

**Hospitalización:** Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

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

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

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

**Medicinas** se entenderán aquellas para cuya compra se requiere receta médica, que han sido prescritas por un médico para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubierta y que se han adquirido en la consulta del médico o en una farmacia autorizada.

**Medicina complementaria** se entenderán los servicios de consulta y medicación proporcionados por fisioterapeutas, quiroprácticos, acupuntores, osteópatas, homeópatas o practicantes de la medicina china, debidamente cualificados y autorizados por las autoridades sanitarias competentes para ejercer dicha práctica en el ámbito de su formación y titulación.

**Médico o Facultativo:** Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.

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

**País de Acogida** se entenderá el país de destino como expatriado de la Persona Asegurada

**País de Origen** se entenderá el país emisor del pasaporte de la Persona Asegurada y al que la Persona Asegurada desearía ser repatriado. En el caso de un niño asegurado que tenga más de un pasaporte, el País de Origen será el del progenitor asegurado.

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

**Periodo de indemnización** se entenderá el periodo entre la Fecha de Efecto de la cobertura y la terminación de la prestación para la Persona Asegurada correspondiente.

**Póliza existente o anterior** se entenderá aquel seguro médico para expatriados que cubra Enfermedad y Lesiones y que no finalice antes de la fecha anterior a la Fecha de Efecto para la Persona Asegurada y cuya copia hubiera sido facilitada a La Compañía a petición de ésta.

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

**Prestación:** Consiste en cobertura económica de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

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

**Representante** se entenderá un abogado titulado o profesional similar que haya sido autorizado a actuar en nombre de la Persona Asegurada con arreglo a las condiciones de esta póliza de seguro.

**Servicios médicamente necesarios** se entenderán aquellos servicios terapéuticos que resulten necesarios cuando la Persona Asegurada tenga una enfermedad o sufra una lesión cubierta y que sean requeridos por el médico que la atiende para prevenir daños permanentes a la salud o a la vida. A efectos de diagnóstico, por médicamente necesario se entenderá que la Persona Asegurada tiene síntomas activos de una causa desconocida que implica una Enfermedad o Lesión cubierta, y que el médico que la atiende solicita los servicios a fin de determinar si se requieren servicios terapéuticos.

**Servicios post-hospitalarios** se entenderán los servicios médicos inmediatamente posteriores a una hospitalización cubierta, que se prestan por orden del médico que atendió al paciente y que son consecuencia directa de la Enfermedad o Lesión cubierta que dio lugar a dicha hospitalización.

**Servicios pre-hospitalarios** se entenderán los gastos médicos en los que se hubiera incurrido en los 30 días anteriores a la hospitalización cubierta en un Hospital y directamente relacionados con esta y que correspondieran a servicios médicos prestados o prescritos por un Médico

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

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

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

**Trastorno mental** se entenderá un trastorno psiquiátrico, psicológico, afectivo, mental o del comportamiento, independientemente de que la causa psicológica sea conocida o presunta. El término incluirá cualquier condición que figure en la lista de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

**TRAVEL GUARD** se entenderá la organización que proporciona los servicios de asistencia descritos en esta póliza en nombre de La Compañía.

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

## II. Cobertura en el Extranjero (fuera de España)

### 1. GASTOS MÉDICOS

#### 1.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

La presente póliza cubrirá:

- sujeto a los límites estipulados en la póliza y en las condiciones particulares de la póliza
- aquellos Gastos Razonables y Habituales en los que hubiera incurrido la Persona Asegurada;
- por los servicios que se enumeran más abajo;
- directamente relacionados con una Enfermedad o Lesión cubierta y sufrida por la Persona Asegurada;
- que hubieran sido prescritos y certificados como Medicamento Necesarios por el Médico correspondiente;
- siempre que se tratan de servicios médicos general y científicamente aceptados, excluyendo cualquier tipo de servicio experimental o pionero; y cuya Fecha de Servicio se enmarcara dentro del Periodo de Indemnización.

Servicios asegurados en caso de:

#### a. Hospitalización y cirugía de día:

- Costes de alojamiento en el hospital, incluidos los servicios generales de enfermería en una Habitación Privada Estándar.
- Los costes de Alojamiento de los Familiares Dependientes de la Persona Asegurada, para uno de ellos o para el responsable legal que se quedara con una Persona Asegurada menor de 18 años.
- Los gastos relacionados con el coste de los quirófanos, cuidados intensivos, imágenes médicas, pruebas diagnósticas y de laboratorio, medicinas recetadas, sangre y plasma, aparatos quirúrgicos, alquiler de ayudas médicas.
- Los honorarios de los médicos, incluidos anestelistas, cirujanos, especialistas, radiólogos, fisioterapeutas y patólogos
- Los honorarios de los Médicos que prestan los Servicios Pre y Post-hospitalarios.

#### b. Prestación económica por hospitalización:

- Prestación por noche de estancia de la Persona Asegurada como paciente internado durante más de 48 horas en un Hospital. La prestación se limita a 30 noches por año de seguro.
- La prestación por noche se duplicará en caso de coma.

#### c. Prestaciones para pacientes externos:

- Honorarios del Médico de cabecera.
- Honorarios de médicos y de consultas con especialistas.
- Medicinas prescritas que no se pueden comprar sin receta médica.
- Imágenes médicas, pruebas de diagnóstico y de laboratorio y aparatos quirúrgicos.



- Tratamientos médicos.
- Tratamiento y exámenes preventivos o experimentales.
- Medicina complementaria.

#### **d. Ambulancia local:**

- Transporte médico de emergencia local.

#### **e. Servicios particulares de enfermería:**

- Pacientes internados en hospitales o clínicas.
- Los costes de los servicios de enfermería en casa prestados por una Enfermera Titulada, hasta 60 días por año de seguro.
- Cuidados paliativos.

#### **f. Embarazo y nacimiento:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" a "e" anteriores relacionados con:
  - El embarazo, el tratamiento prenatal, el nacimiento y el posparto,
  - Las Complicaciones del Embarazo, y
  - Las Condiciones Congénitas.
- Estas prestaciones se limitarán a los costes resultantes del embarazo y el nacimiento tras los 10 primeros meses siguientes a la Fecha de Efecto de la cobertura de la madre, salvo que la Compañía hubiera eliminado el requisito del periodo de carencia debido a la existencia de una Póliza Anterior.

#### **g. Tratamiento del cáncer:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" - "e" anteriores relacionados con el tratamiento del cáncer para pacientes de día y hospitalizados, incluidos los honorarios de los especialistas, imágenes médicas, pruebas de diagnóstico y laboratorio, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospital.

#### **h. Trasplante de órganos:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" - "e" anteriores referidos a operaciones, tratamientos y pruebas relacionados con el trasplante de órganos de un donante humano.
- La Póliza no cubrirá los costes de adquisición del órgano o los gastos en los que hubiera incurrido el donante, a excepción de los costes directos de la cirugía necesaria para extirpar dicho órgano para su trasplante, aunque sin exceder el 30% de los costes del tratamiento.

#### **i. Trastornos mentales y del comportamiento:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" - "e" anteriores relacionados con el tratamiento de trastornos mentales y del comportamiento.
- El tratamiento de un paciente internado se limitará a trastornos mentales y del comportamiento que se inicien transcurridos más de 10 meses desde la Fecha de Efecto de la cobertura, salvo que La Compañía hubiera renunciado al periodo de carencia debido a la existencia de una Póliza Anterior.

- El tratamiento de día se limitará a trastornos mentales y del comportamiento que comiencen transcurridos más de 18 meses desde la Fecha de Efecto de la cobertura, salvo que la Compañía hubiera renunciado al periodo de carencia debido a la existencia de una Póliza Anterior.

#### **j. SIDA/VIH:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" - "e" anteriores asociados al tratamiento de enfermedades relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida ("HIV") incluyendo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), Complejo SIDA y/o cualquier otra mutación, derivación o variación de estos que se manifestara por primera vez tras la Fecha de Efecto de la cobertura.

#### **k. Emergencia dental:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" - "e" anteriores asociados a un tratamiento dental de urgencia requerido a raíz de daños Accidentales en dientes naturales sanos.

#### **l. Emergencia visual:**

- Los gastos cubiertos en los epígrafes "a" - "e" anteriores asociados a un tratamiento oftalmológico de urgencia a raíz de daños Accidentales en un ojo.

## **1.2. DERIVACIÓN A UN PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS**

El Administrador Médico del Plan podrá remitir a la Persona Asegurada, a petición de esta, a un Hospital apropiado. La información podrá obtenerse en el número de teléfono de contacto 24 horas / 365 días o en la página web.

Aunque el Administrador Médico del Plan actuará con el cuidado y la diligencia debida a la hora de seleccionar a los Proveedores de los Servicios Médicos, La Compañía o el Administrador Médico del Plan no pueden garantizar y no pueden responsabilizarse del servicio prestado por los Proveedores de los Servicios Médicos.

## **1.3. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO**

La Compañía no pagará indemnización alguna con relación a:

- Suicidio, intento de suicidio o autolesiones.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de medicación o uso de narcóticos, drogas o sustancias ilegales
- Dificultades de aprendizaje o trastornos del desarrollo
- Participación en deportes profesionales.
- Aviación o aeronáutica cuando no se viaje como pasajero de una aeronave debidamente autorizada.
- Guerra en el País de Origen, en el País de Acogida, o en Afganistán, Chechenia, Irak, Corea del Norte y Somalia, salvo autorización expresa y por escrito de la Compañía

- Esta póliza no proporcionará cobertura ante cualquier pérdida, daño, siniestro o responsabilidad legal que pueda surgir directa o indirectamente en viajes con destino a, o a través de Sudán, Siria, Irán, Crimea y Cuba estos países pueden variar según las listas publicadas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento de Hacienda de Estados Unidos.
- Servicios asegurados que no figuren expresamente en la lista de la sección de prestaciones de Gastos Médicos.
- Vitaminas y minerales (salvo si han sido prescritos y el médico correspondiente los ha certificado como Médicamente Necesarios a fin de tratar síndromes de deficiencia importante de vitaminas o minerales) suplementos nutricionales o dietéticos, alimentos infantiles.
- Cirugía estética.
- Cirugía reconstructiva, salvo que el tratamiento sea Médicamente Necesario y se realice como parte del tratamiento original de Condiciones Congénitas, anomalías del desarrollo, Enfermedad o Lesión.
- Síntomas de pérdidas causados por la edad, pubertad u otra causa fisiológica natural.
- Tratamiento de día de trastornos del sueño.
- Tratamiento de pérdida de peso o problemas de peso.
- Los trastornos mentales y del comportamiento que figuran enumerados como F10 hasta F19, F45, F52, F55, F59 o F99 en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.
- Los gastos en los que se hubiera incurrido cuando una Persona Asegurada no siguiera las recomendaciones del médico.
- Técnicas experimentales o pioneras.
- Productos que pueden obtenerse sin prescripción médica.
- Problemas sexuales, incluyendo impotencia (independientemente de su causa), cambio de sexo o re-asignación sexual.
- Enfermedades venéreas.
- Centros de tratamientos, baños, spas, balnearios y centros de recuperación, incluso cuando la estancia en los mismos hubiera sido prescrita por un médico.
- Fertilidad, complicaciones o enfermedades resultantes de un embarazo por fecundación in vitro, impotencia o disfunción eréctil, anticoncepción, esterilización, cesárea opcional o terminación del embarazo que no sea Médicamente Necesaria.
- Tratamiento dental y de visión, exceptuando las prestaciones de Urgencia Dental y Urgencia Oftalmológica anteriormente descritas.
- Gastos de pilas, electricidad, mantenimiento y recarga de aparatos o ayudas médicas (incluyendo aparatos de visión y audición).
- Gastos de traslado, transporte o viaje (exceptuando los gastos de transporte médico de urgencia local o aquellos gastos asegurados en la cobertura de Asistencia).

## 1.4. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO

Información de contacto:

Administrador Médico del Plan:

AIG - HENNER - Portugal – International Administration – CST 81

Avenida 5 de Outubro, nº 125, 2º piso - 1050-052 LISBOA - PORTUGAL.

Tel.: +34 915 675 440 · Email: Expats@adeslas.com

Web: www.adeslas.es/expats (se comunicará el documento identificativo de cliente a la Persona Asegurada en el Paquete de Bienvenida).

La hospitalización no de urgencia y la cirugía de día requieren un certificado previo del Administrador Médico del Plan. El Administrador Médico del Plan garantizará los gastos médicos al Hospital.

## 2. ASISTENCIA EN VIAJE

### 2.1. COBERTURA DE ASISTENCIA

La Persona Asegurada podrá acceder a los siguientes servicios de asistencia:

#### 2.1.1. Seguimiento del estado de salud

Si así se solicita, TRAVEL GUARD supervisará la condición médica de la Persona Asegurada durante su hospitalización, manteniendo informados de la misma a sus familiares. El servicio estará sujeto a las obligaciones pertinentes de confidencialidad y autorización.

#### 2.1.2. Evacuación médica de emergencia

En caso de Lesión o Enfermedad cubiertas que requieran la evacuación médica de emergencia de un Asegurado a un Hospital local más adecuado y mejor equipado, y siempre con arreglo a las recomendaciones de sus Consultores Médicos, TRAVEL GUARD organizará y correrá con los gastos de dicha evacuación. Dependiendo de la gravedad de las circunstancias, la persona será trasladada por ambulancia aérea, vuelo regular, ambulancia o cualquier otro medio de transporte, y en caso de necesidad, bajo la supervisión de un equipo médico que tenga a su disposición el equipo médico necesario. Los Consultores Médicos de TRAVEL GUARD decidirán y en caso de necesidad, tras consultarlo con el médico local correspondiente), la necesidad de la evacuación, el medio de transporte y el Hospital de destino.

En el caso de que la Persona Asegurada fuera evacuada fuera de su País de Origen o del País de Acogida, TRAVEL GUARD organizará y correrá con los gastos del regreso de la Persona Asegurada a su País de Origen o País de Acogida.

#### 2.1.3. Visitas

Si la Persona Asegurada fuera hospitalizada por causa de una Enfermedad o Lesión cubiertas fuera de su País de Origen y no se encontrara acompañada por familiares, tras consultarlo con la Persona Asegurada, el Médico y los familiares de la Persona Asegurada, TRAVEL GUARD se encargará de organizar el viaje y la estancia de un familiar para acompañar a la Persona Asegurada durante el periodo de hospitalización.

Asimismo, TRAVEL GUARD correrá con los gastos de viaje y de los visados, transporte, alojamiento, taxi, teléfono y cuidado de niños en los que hubiera incurrido por recomendación de los Consultores Médicos de TRAVEL GUARD y sujeto a los límites de la póliza.

#### **2.1.4. Regreso de menores**

TRAVEL GUARD organizará y asumirá los gastos del regreso acompañado de las Personas Aseguradas menores de edad a su País de Origen o de Acogida en caso de que dichos menores quedaran desatendidos como consecuencia de una Enfermedad o Lesión asegurada de la Persona Asegurada a su cargo.

#### **2.1.5. Entrega de medicación esencial**

A petición de la Persona Asegurada y en caso de emergencia, TRAVEL GUARD ayudará a encontrar y enviar las medicinas esenciales o los equipos médicos necesarios si estos no se encontraran localmente. TRAVEL GUARD asumirá los costes de envío.

En casos no urgentes, TRAVEL GUARD podrá prestar el mismo servicio, siendo la Persona Asegurada quien asuma los costes del mismo.

#### **2.1.6. Asistencia en caso de fallecimiento**

En caso de fallecimiento de la Persona Asegurada, TRAVEL GUARD organizará y correrá con los gastos de traslado de los restos mortales o las cenizas, incluyendo los costes del transporte de los efectos personales de la Persona Asegurada a su País de Origen.

TRAVEL GUARD organizará y correrá asimismo con los gastos del vuelo al País de Origen de los Familiares Dependientes asegurados.

#### **2.1.7. Intérprete**

A petición de la Persona Asegurada, TRAVEL GUARD le pondrá en contacto con un intérprete.

#### **2.1.8. Asistencia legal**

A petición de la Persona Asegurada, TRAVEL GUARD le facilitará los datos de la embajada, consulado u otra organización, así como los de un abogado que hable su idioma en caso de necesitar asistencia legal.

## **2.2. LÍMITES Y EXCLUSIONES**

La Compañía no cubrirá:

- Aquellos servicios que TRAVEL GUARD no hubiera organizado o autorizado previamente.
- Si el objeto del viaje fuera someterse a un tratamiento médico o acudir a una consulta médica, salvo en el transcurso de una Evacuación Médica de Emergencia autorizada.
- En el caso de que la Persona Autorizada hubiera iniciado el viaje en contra de las recomendaciones de un Médico.
- Los servicios excluidos de la cobertura de Gastos Médicos o cuya Fecha de Servicio recayera en el periodo de carencia mencionado en la cobertura de Gastos Médicos.

La cobertura en caso de vuelo está limitada al transporte público en clase turista, salvo en caso de objeción de los Consultores Médicos de TRAVEL GUARD.

## 2.3. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

### TRAVEL GUARD

PO Box 2157. Shoreham by Sea.

West Sussex - BN43 9DH UK

Número de teléfono 24 horas /365 días: +44 12 73 401 530

TRAVEL GUARD pone a su disposición un servicio de atención telefónica de emergencia atendido las 24 horas del día, los 365 días del año por operadores multilingües familiarizados con los procedimientos de asistencia médica y otro tipo de asistencia.

### Cuadro médico:

TRAVEL GUARD dispone de un equipo de consultores médicos y enfermeras altamente cualificados para ofrecer recomendaciones sobre los servicios de asistencia y tratamientos más adecuados. Puede ponerse en contacto con TRAVEL GUARD a la mayor brevedad posible.

En caso de necesitar asistencia, deberá facilitar la siguiente información a TRAVEL GUARD:

Información de la Persona Asegurada:

- El nombre de la Persona Asegurada:
  - El número de teléfono de contacto de la Persona Asegurada.
  - La dirección del lugar en el que está residiendo la Persona Asegurada.
- Información del Tomador del Seguro:
  - El nombre del Tomador.
  - El número de póliza.
- Información sobre la naturaleza del incidente.

## 2.4. CONSULTAS MÉDICAS POR TELÉFONO

TRAVEL GUARD se encargará de facilitar por teléfono a la Persona Asegurada recomendaciones médicas por parte de una Enfermera titulada de habla inglesa.

## 2.5. SEGUNDA OPINIÓN

TRAVEL GUARD ayudará y notificará a la Persona Asegurada los pasos a seguir a fin de obtener 2 revisiones independientes de su historial médico en caso de Enfermedad o Lesión. Estas segundas opiniones tendrán por objeto ayudar a la Persona Asegurada y a su Médico a tomar decisiones sobre el diagnóstico y/o los protocolos de tratamiento.

Dichas revisiones independientes serán realizadas por especialistas o sub-especialistas del WorldCare Consortium®. El WorldCare Consortium es una red de hospitales organizada por WorldCare Inc., que se compone de especialistas y subespecialistas de la sanidad que trabajan en los más prestigiosos centros médicos de Estados Unidos.

La segunda opinión de WorldCare consiste en:

- Una evaluación por escrito del historial médico de la Persona Asegurada e información de apoyo del diagnóstico por parte de especialistas o subespecialistas adecuados del WorldCare Consortium.

- En casos complejos, dos Segundas Opiniones independientes de dos instituciones también independientes.
- Una evaluación por escrito de seguimiento, si ello fuera necesario, o informes o consultas adicionales relacionados con la petición inicial de la Segunda Opinión, obtenida dentro de los 30 días siguientes a la primera evaluación.
- Un informe por escrito en el que figure el diagnóstico y/o el plan de tratamiento.
- Una conference call, si ello fuera necesario, entre el Médico de la Persona Asegurada y el especialista o subespecialista del WorldCare Consortium para discutir el caso.

Para obtener la Segunda Opinión, la Persona Asegurada o su Médico deberá rellenar de forma concisa un historial médico reciente. Dicho historial deberá estar mecanografiado en inglés e incluir al menos:

- Las razones clínicas y los objetivos de la revisión solicitada.
- Un examen médico reciente.
- El historial detallado de la Enfermedad o Lesión (incluyendo marcas, síntomas, evolución cronológica, diagnóstico, plan de tratamiento, respuesta al tratamiento y estado de la enfermedad en ese momento)
- Imágenes médicas y muestras de patología, en su caso, con los informes originales y los resultados del laboratorio.
- Breve historial médico (incluyendo rutinas diarias, hábitos, intervenciones, lista de medicamentos, problemas crónicos, alergias e historial familiar relevante).

## 2.6. GUÍA DE PAÍSES

La Persona Asegurada tendrá acceso a la información del país y a las Alertas de la Red 24.

Red24 es un especialista en seguridad líder en el mundo con sede en el Reino Unido.

RED 24 enviará las alertas por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que el Empleado Expatriado o el Expatriado Individual haya indicado en la propuesta de seguro.

## 3. EVACUACIÓN POLÍTICA

### 3.1. COBERTURA

La Compañía pagará los gastos de evacuación del Empleado Expatriado o del Expatriado Individual y de sus Familiares Dependientes en su conjunto y por periodo de seguro hasta un máximo de 50.000 euros, o en su caso, de la suma asegurada estipulada en estas Condiciones Generales.

### 3.2. CONDICIONES

#### 3.2.1. Evacuación

Se otorga cobertura para los acontecimientos imprevistos siguientes, siempre y cuando los mismos quedaran fuera del control del Tomador del Seguro y de la Persona Asegurada y requirieran la evacuación inmediata de dicha Persona Asegurada:

- a. Las autoridades del gobierno reconocido del País de Acogida proscriben a la Persona Asegurada o la declaran persona non grata, o
- b. El Ministerio de Asuntos Exteriores o autoridad comparable del País de Origen o del país del Tomador del Seguro recomiendan la evacuación debido a actividades políticas o militares en el País de Acogida o en las que se vea involucrado el País de Acogida en los 10 días anteriores a la evacuación.

### 3.2.2. Coste de la Evacuación

Los costes razonables e inevitables en los que el Tomador del Seguro o la Persona Asegurada hubiera incurrido en la evacuación de la Persona Asegurada al lugar seguro más cercano y en la repatriación de la Persona Asegurada a su País de Origen. Esta cobertura incluye igualmente los gastos razonables de transporte y alojamiento en los que el Tomador del Seguro y la Persona Asegurada hubieran incurrido durante la evacuación durante un periodo máximo de dos días.

### 3.3. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los costes de evacuación:

- que sean responsabilidad del Tomador del Seguro en su condición de empleador o que corresponda pagar al Tomador del Seguro conforme a la legislación sobre desempleo, accidente laboral, enfermedad laboral, absentismo o incapacidad laboral.
- resultantes de acciones fraudulentas, deshonestas o criminales, y cometidas por el Tomador del Seguro, una Persona Asegurada o un representante autorizado de alguno de ellos o que el Tomador del Seguro, una Persona Asegurada o un representante autorizado de alguno de ellos hubiera intentado cometer, solo o en compañía de otros.
- derivados de un incumplimiento de las leyes del País de Acogida por parte del Tomador del Seguro o de una Persona Asegurada.
- derivados del hecho de que la Persona Asegurada no esté en posesión de los documentos de viaje y visado válidos.
- derivados de la deuda, insolvencia, suspensión de pagos, del ejercicio de cualquier derecho de retención o garantía o cualquier otra causa financiera.
- resultantes de Enfermedad, fallecimiento o Lesión de una Persona Asegurada.

## 4. ASISTENCIA LEGAL

### 4.1. COBERTURA

**Asistencia legal:** La Compañía indemnizará a la Persona Asegurada por razón de los Gastos Legales referidos a reclamaciones presentadas fuera de su País de Origen y surgidas durante el Periodo de Indemnización, hasta un máximo de **15.000 euros**, exceptuando las cargas o los autos de procesamiento de delitos penales, en cuyo caso el máximo será de **5.000 euros**. Asimismo, se establece una franquicia del 10% sujeta a un mínimo de **250 euros**.



**Fianza penal:** En el caso de que la Persona Asegurada fuera detenida o amenazada con ser detenida fuera de su País de Origen durante el Periodo de seguro, la Compañía pagará una fianza de hasta un máximo de **50.000 euros**. La Persona Asegurada deberá devolver dicha cantidad en los 3 meses siguientes a la fecha del pago, o inmediatamente después de recibir el reembolso por parte de las autoridades o en caso de que se perdiera la fianza por incomparecencia, salvo que, de forma razonable, no cupiera esperar esto de la Persona Asegurada.

## 4.2. ESTIPULACIONES

La Compañía tendrá que autorizar de antemano la acción pretendida. Dicha autorización se concederá si la Persona Asegurada puede convencer a la Aseguradora de que existen razones fundamentadas para emprender acciones legales, y el coste de la asistencia legal es razonable. La Compañía tomará en consideración la opinión del Representante contratado por la Persona Asegurada y la de sus propios asesores. Si la Compañía aceptara la acción propuesta, ésta deberá pagar los costes razonables en los que la Persona Asegurada hubiera incurrido a fin de obtener dicha opinión.

Todas las reclamaciones y procedimientos legales, incluyendo cualquier apelación derivada del mismo incidente o de las mismas circunstancias se considerarán una única reclamación.

En caso de que la acción legal prosperara y resultara favorable a la Persona Asegurada, los costes legales adjudicados se devengarán a la Compañía hasta la suma que la Compañía hubiera pagado a tal efecto.

## 4.3. EXCLUSIONES

La Compañía no cubrirá

- delitos intencionados, delitos contra la propiedad o contra las leyes sobre narcotráfico cometidos por la Persona Asegurada.
- reclamaciones de o contra el Tomador del Seguro, la Compañía o cualquier otra organización o personas que sean parte de este contrato de seguro.
- actividades comerciales,
- cuestiones contractuales,
- cuestiones sobre leyes de familia y sucesión,
- responsabilidades resultantes de o referidas a seguros obligatorios.

## 5. COBERTURA DENTAL Y DE VISIÓN (módulo opcional)

El módulo opcional de cobertura Dental y de Visión solo podrá adquirirse en el caso de que la contratación sea para todo el Colectivo Asegurable, solo se encuentra disponible para empleados expatriados y sus familiares dependientes en su conjunto.

## PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS y OFTALMOLÓGICAS

### SUMAS Y LÍMITES ASEGURADAS

El límite asegurado para las coberturas Odontológicas y Oftalmológicas será de 3.000 euros por asegurado y año.

Los siguientes porcentajes aplicarían según el tratamiento:

- Tratamiento dental de restauración 80% de la suma asegurada
- Prótesis dentales y ortodoncia 60% de la suma asegurada
- Cirugía ocular 80% de la suma asegurada
- Aparatos ópticos Máx. de 250 € cada 2 años

### 5.1. DEFINICIONES

**5.1.1.** Por **Prótesis dental** se entenderán coronas, incrustaciones inlay y onlay, reconstrucciones/restauraciones adhesivas, puentes, dentaduras postizas e implantes así como los tratamientos y reparaciones necesarias y auxiliares requeridos.

**5.1.2.** Por **Dentista** se entenderá un profesional médico debidamente cualificado y autorizado para ejercer la profesión por las autoridades médicas competentes del país en el que se presta el tratamiento y que ejerce dentro del ámbito de su formación y titulación.

**5.1.3.** Por **Tratamiento de rutina dental** se entenderán revisiones médicas, extracciones de dientes, limpieza dental, empastes normales, endodoncias, tratamientos paradentales, tratamiento de la paradontosis, tratamiento de las encías y radiografías.

**5.1.4.** Por **Tratamiento dental de reconstrucción** se entenderá la extracción de dientes golpeados, enterrados o no extracción de odontomas sólidos y apicectomía.

**5.1.5.** Por **Tratamiento oftalmológico** se entenderán revisiones y tratamientos oftalmológicos, a excepción de cirugía del ojo.

**5.1.6.** Por **Cirugía del ojo** se entenderá cirugía oftalmológica como cirugía láser, cirugía de cataratas, glaucoma, canaloplastia, cirugía refractiva, cirugía cornea, cirugía vitreo-retinal, cirugía del músculo ocular y cirugía oculoplástica.

**5.1.7.** Por **Aparatos opcionales** se entenderán gafas, monturas y lentes de contacto Médicamente Necesarias prescritas por un Oftalmólogo.

### 5.2. SALUD DENTAL

Esta póliza cubrirá:

- sujeto a los límites establecidos en la póliza y en las condiciones particulares de la póliza;
- los Gastos Razonables y Habituales en los que hubiera incurrido la Persona Asegurada;
- por razón de los servicios que a continuación se enumeran;
- prescritos y certificados como Médicamente Necesarios por un Dentista o Médico odontólogo;

- siempre que se trate de servicios médicos generalmente aceptados y científicamente reconocidos, excluyendo servicios experimentales o pioneros; y
- cuya Fecha de Servicio se enmarque dentro del Periodo de Indemnización.

Los servicios asegurados son los siguientes:

- Tratamiento dental rutinario (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza);
- Tratamiento dental de reconstrucción (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza);

Prótesis dental (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza);

- Tratamiento de ortodoncia (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza).

El reembolso de los gastos podrá reducirse o denegarse si un Dentista o Médico Odontólogo considera que el estado de los dientes de la Persona Asegurada están en una condición peor a los de personas de la misma edad que se someten al menos a una revisión anual y a los tratamientos dentales recomendados, o si la causa de dicha condición deteriorada de los dientes de la Persona Asegurada fuera anterior al Periodo de Indemnización.

La indemnización por Tratamiento dental de reconstrucción, Prótesis Dental y Tratamiento de ortodoncia se limitará a aquellos tratamientos que se inicien transcurridos más de 10 meses desde la Fecha de Efecto de la cobertura de la Persona Asegurada, salvo que la Compañía hubiera renunciado al periodo de carencia por motivo de la existencia de una Póliza Anterior. El tratamiento de ortodoncia solo estará cubierto si se inicia antes de los 16 años.

### 5.3. SEGURO DE VISIÓN

Esta póliza cubrirá:

- sujeto a los límites establecidos en la póliza y en las condiciones particulares de la póliza;
- los Gastos Razonables y Habituales en los que hubiera incurrido la Persona Asegurada;
- por razón de los servicios que a continuación se enumeran;
- prescritos y certificados como Medicamento Necesarios por un Oftalmólogo;
- siempre que se trate de servicios médicos generalmente aceptados y científicamente reconocidos, excluyendo servicios experimentales o pioneros; y
- cuya Fecha de Servicio se enmarque dentro del Periodo de Indemnización.

Los servicios asegurados son los siguientes:

- Tratamiento de la vista (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza);
- Cirugía del ojo (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza);
- Aparatos ópticos (las sumas aseguradas figuran en las condiciones particulares de la póliza).

## 5.4. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Información de contacto:

El administrador médico del plan.  
AIG - HENNER - Portugal – International Administration – CST 81  
Avenida 5 de Outubro, nº 125, 2º piso - 1050-052 LISBOA - PORTUGAL  
Tel.: +34 915 675 440 . Email: Expats@adeslas.com  
Website: [www.adeslas.es/expats](http://www.adeslas.es/expats) (se comunicará el documento identificativo de la Persona Asegurada en el Paquete de Bienvenida)

No es necesaria la certificación previa del Administrador Médico del Plan para la hospitalización de emergencia y la cirugía de día. El Administrador Médico del Plan garantizará los gastos médicos al Hospital.

La Persona Asegurada deberá pagar los otros gastos al proveedor y presentar una reclamación de reembolso por escrito al Administrador Médico del Plan en los 90 días siguientes a la Fecha de Servicio.

Los formularios de reclamaciones pueden obtenerse llamando al número de teléfono 24/365 o descargarse desde la página web. El formulario de reclamación deberá completarse y remitirse al Administrador Médico del Plan junto con la documentación original, facturas y recibos (no se aceptan fotocopias o documentos escaneados).

## 6. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO

<b>Gastos médicos (hasta 2.000.000 € anuales)</b>		
Co-pago por la Persona Asegurada:		Sin copagos
Hospitalización y cirugía de día	Habitación estándar individual, incluyendo servicios generales de enfermería	100%
	Alojamiento de familiares	100%
	Costes de quirófano; cuidados intensivos; imágenes médicas, pruebas de diagnóstico y laboratorio; medicinas con receta, sangre y plasma; aparatos médico-quirúrgicos; alquiler de ayudas médicas; aparatos médico-quirúrgicos.	100%
	Honorarios de médicos, incluidos los de anestesiastas, cirujanos, especialistas, radiólogos, fisioterapeutas y patólogos	100%
	Honorarios médicos para servicios pre-y-post-hospitalarios	100%
Efectivo por hospitalización	Prestaciones en efectivo para pacientes ingresados - Prestación doble en caso de coma (Estancia mínima de 48 hrs. Limitado a 30 noches por año de seguro)	50 €/noche
Asistencia de día	Consultas médicas y especialistas	100%
	Medicinas recetadas	100%
	Imágenes médicas, pruebas de diagnóstico y laboratorio y aparatos médico-quirúrgicos	100%
	Ayudas médicas prescritas	100%
	Cuidados preventivos y revisiones	100% hasta un máx. de 1.500 €/año
	Medicina complementaria: fisioterapeutas, quiroprácticos, acupunturistas, osteópatas, homeópatas o profesionales de la medicina china	100% hasta un máx. de 5.000 €/año
Ambulancia local	Transporte médico local de emergencia	100%
Servicio particular de enfermería	Paciente internado en hospital o clínica	100%
	Servicio de Enfermería en casa por parte de una enfermera titulada (Hasta 60 días por año de seguro)	100%
	Cuidados paliativos	100% hasta un máx. de 5.000 €/año
Maternidad y nacimiento (periodo de carencia de 10 meses)	Embarazo, nacimiento y complicaciones del embarazo	100% hasta 12.500 €
	Condiciones congénitas	100% hasta 100.000 € / de por vida

Cáncer	Tratamiento de pacientes internados y de día, incluidos los honorarios de especialistas, pruebas de diagnóstico y laboratorio, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospital	100%
Trasplante de órganos	Costes de las operaciones, tratamientos relacionados y pruebas necesarias para el trasplante de órganos de donantes humanos. Incluyendo gastos directos de cirugía para extirpar el órgano al donante (sin exceder el 30% de los costes totales del tratamiento)	100% hasta 200.000 € por enfermedad
Trastornos mentales o del comportamiento	Tratamiento en régimen interno (tras un periodo de carencia de 10 meses)	100% hasta 100.000 € / de por vida
	Tratamiento de día (tras un periodo de carencia de 18 meses)	100% hasta 20 sesiones / de por vida
SIDA/HIV	Tratamiento SIDA/HIV	100%
Emergencia Dental	Tratamiento dental de urgencia a raíz de daños accidentales	100%
Emergencia Visión	Tratamiento oftalmológico de urgencia a raíz de daños accidentales	100%
<b>Asistencia</b>		
Asistencia	Asistencia médica por teléfono	Incluido
	Segunda opinión médica (revisión de su historial médico por parte de 2º especialistas independientes de los mejores centros médicos de EE.UU.)	Incluido
	Guía de países	Incluido
	Asistencia mundial de emergencia (incluyendo supervisión del estado de salud del paciente, evacuación médica de emergencia, visitas, regreso de menores de edad, entrega de medicamentos esenciales, asistencia en caso de fallecimiento, información sobre intérpretes y asistencia legal)	Incluido
<b>Evacuación Política</b>		
Evacuación Política	Coste de la evacuación de emergencia por razones políticas	Hasta 50.000 €
<b>Asistencia Legal</b>		
Asistencia Legal	Asistencia legal (Franquicia del 10% con un mínimo de 250 €)	Hasta 15.000 €
	Avales	Hasta 50.000 €

\* Los límites para la cobertura opcional dental y visión, están establecidos en el punto 5 de las Cobertura en el Extranjero de estas Condiciones Generales.

### III. Cobertura en España

#### 1. CARTERA DE SERVICIOS CON COBERTURA EN ESPAÑA

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

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

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado 2:

##### 1.1. MEDICINA PRIMARIA

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

**Pediatría y puericultura.** Para niños menores de catorce años.

**Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Compañía.

##### 1.2. URGENCIAS

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

##### 1.3. ESPECIALIDADES

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los que se detallan a continuación y en su caso contienen las exclusiones correspondientes a cada prestación, siendo a si mismo de aplicación las exclusiones comunes a todas las coberturas comprendidas en el apartado 3 de las cláusulas descriptivas de estas Condiciones Generales:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo.** Queda excluida la cápsula endoscópica.
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.

- Cirugía maxilo-facial. Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
  - Cirugía Pediátrica.
  - Cirugía plástica reparadora. Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel.
  - Cirugía torácica.
  - Dermatología médico quirúrgica.
  - Endocrinología y nutrición.
  - Geriatria.
  - Hematología y hemoterapia.
  - Inmunología.
  - Medicina interna.
  - Medicina nuclear.
  - Nefrología.
  - Neonatología.
  - Neumología.
  - Neurocirugía.
  - Neurofisiología clínica.
  - Neurología.
  - Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.
  - Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca anual. A partir de la segunda limpieza anual, será necesaria la prescripción médica.
  - Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
  - Oncología médica y radioterápica.
  - Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante Láser CO<sup>2</sup>.
  - Psicología Clínica: Con un máximo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Compañía
- 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 del Cuadro Médico de La Compañía.** Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (**Exclusivamente** para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro) y la rehabilitación cardiaca (**Exclusivamente** para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**

- **Reumatología.**

- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), **quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**

- **Traumatología y cirugía ortopédica.** Cirugía artroscópica. **Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.**

- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.

## 1.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.

- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

- **Urología:** revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.

- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.**

## 1.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

**1.5.1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.**

**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 cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

## 1.5.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:

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

## 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 del Cuadro Médico de La Compañía 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 designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

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

**Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.**

- **Hospitalización obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.
- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis.
- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- **Hospitalización pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Compañía, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por año natural.
- **Hospitalización de día:** Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

## 1.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

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

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

**El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, prótesis externas, ortesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.**

## 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).
- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata y en el tratamiento endoluminal de las varices. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**
- **Electrotermoterapia en rehabilitación.**
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. **La Compañía sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica, y la radioterapia de intensidad modulada en los tumores intracraneales.
- **Litotricia renal.**
- **Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de La Compañía 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 las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

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

## 1.10. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. **El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia.** Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de La Compañía, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.
- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. **Con un máximo de seis sesiones por año.**

## 2. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones específicas establecidas en el epígrafe “Cartera de servicios con Cobertura” serán de aplicación para todos los servicios las siguientes exclusiones:

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

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

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

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

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

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

G) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.

H) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

I) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y F), La Compañía 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.

### 3. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS

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

**3.1.** El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: [HYPERLINK www.sergurcaixaadelas.es/cuadromedico](http://www.sergurcaixaadelas.es/cuadromedico). El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

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

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

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

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

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 3.5. siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a La Compañía para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

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

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

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Compañía, de conformidad con lo establecido en la Condición General 15ª (Cláusulas Jurídicas).

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

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

Una vez otorgada la conformidad escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, PERO EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO HOSPITALARIO. Una vez obtenida aquella, La Compañía 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.

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

**3.7.** A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de La Compañía conforme a la Cláusula 3.4. anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a La Compañía en la forma allí establecida.

## 4. PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La Compañía serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	3 meses
Ligadura de trompas y vasectomía.	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	10 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y prótesis.	10 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Electrotermoterapia en rehabilitación.	3 meses
Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	3 meses
Nucleotomía percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología, dermatología, el tratamiento endoluminal de las varices y el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.	10 meses
Diálisis.	10 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	10 meses
Litotricia renal.	10 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica.	10 meses



## TELÉFONOS DE INTERÉS

**Teléfono información en extranjero Henner  
(excepto en Canadá y EEUU)**

Tel.: +34 915 675 440

**Teléfono información en Canadá y EEUU Olympus**

Tel.: +1 866 936 1225

**Teléfono de asistencia en viaje**

Tel.: +34 915 675 440

**Teléfono en España**

Tel.: 902 200 200

*El Tomador*

*El Asegurador*



Nº PÓLIZA

atención 24 h

902 200 200 - [www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

# Adeslas

S.RE.638.01

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