

Adeslas Go

CONDICIONS GENERALS

Assegurança de malaltia.

Adeslas

Aquest contracte d'assegurança comprèn, de manera inseparable, les Condicions Jurídiques entre les quals es troben les Condicions Comunes o Generals, les Descriptives de cobertura, les Condicions Particulars, i si és el cas les Especials així com els apèndixs que recullin les modificacions de tot això acordades per les parts.

Clàusules Jurídiques	
Condicions Generals Comunes (C.G.C)	3
1. Clàusula preliminar.	3
2. Objecte de l'assegurança.	3
3. Pagament de primes.	4
4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat.	5
5. Altres obligacions de l'Asseguradora.	6
6. Durada de l'Assegurança.	6
7. Pèrdua de drets, resolució del contracte.	7
8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora.	7
9. Instàncies de reclamació.	8
10. Comunicacions i jurisdicció.	9
11. Prescripció.	9
12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa.	10
Condicions Generals Descriptives de cobertura (C.G.D)	11
1. Definicions.	11
2. Cobertura d'assistència sanitària.	14
3. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària.	21
4. Forma d'obtenir la cobertura.	23
5. Períodes de carència.	25

1. Clàusula preliminar

1.1. L'activitat asseguradora que duu a terme SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Re-assegurances està sotmesa al control de les autoritats de l'Estat espanyol i n'és l'òrgan competent la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions.

1.2. Aquest contracte es regeix pel que disposa la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança (en endavant, la Llei) i per les altres normes espanyoles que regulen les assegurances privades, i també pel que s'hagi acordat a les Condicions Generals, Particulars i, si és el cas, Especials d'aquest contracte.

1.3. El Prenedor i els Assegurats durant la vigència de la pòlissa han de tenir el seu residència habitual dins del territori d'Espanya.

2. Objecte de l'assegurança

Dins dels límits i les condicions estipulats a la pòlissa, i mitjançant el pagament de la prima i copagaments que en cada cas correspongui, l'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat les cobertures econòmica de les consultes mèdiques ambulatories i proves extrahospitalàries compreses en el llistat de prestacions sanitàries, compresa en l'apartat de "Cobertures d'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 2ª) d'aquest Condicionat General, assumint l'Asseguradora el seu cost mitjançant el pagament directe als professionals o centres concertats que haguessin realitzat la prestació.

En aquesta assegurança d'assistència sanitària no es poden concedir indemnitzacions optatives en metàl·lic en substitució de la prestació de l'assistència sanitària coberta.

3. Pagament de primes

3.1. El Prenedor de l'assegurança, d'acord amb l'article 14 de la Llei, està obligat a pagar la prima.

3.2. La primera prima o fracció és exigible, d'acord amb l'article 15 de la Llei, una vegada signat el contracte; si no s'ha pagat per culpa del Prenedor, l'Asseguradora té dret de resoldre el contracte o d'exigir el pagament de la prima que es degui en via executiva, d'acord amb la pòlissa. En qualsevol cas, si la prima no s'ha pagat abans que es produeixi el sinistre, l'Asseguradora queda alliberada de la seva obligació, tret que es pacti el contrari.

3.3. En cas de falta de pagament de la segona prima o de les successives, o de fraccions de la prima, la cobertura queda suspesa un mes després del dia del venciment del rebut, i si l'Asseguradora no reclama el pagament dins dels sis mesos següents a aquest venciment s'entén que el contracte queda extingit d'acord amb les condicions anteriors.

La cobertura torna a fer efecte vint-i-quatre hores després del dia en què el Prenedor pagui la prima. En qualsevol cas, quan el contracte estigui suspès l'Asseguradora només pot exigir que es pagui la prima del període en curs.

3.4. El Prenedor de l'assegurança perd el dret de fraccionar la prima que s'hagi convingut en cas d'impagament de qualsevol rebut, i, per tant, en aquest cas s'exigiria la prima total acordada per al període de l'assegurança que restés.

3.5. L'Asseguradora només queda obligada en virtut dels rebuts lliurats pels seus representants autoritzats legalment. El pagament de l'import de la prima fet pel Prenedor de l'assegurança al corredor no s'entén com a fet a l'Asseguradora si no és que a canvi el corredor lliura al Prenedor de l'assegurança el rebut de prima emès per l'Asseguradora.

3.6. A les Condicions Particulars s'estableix el compte bancari designat pel Prenedor per pagar els rebuts de la prima.

3.7. En cas d'extinció anticipada del contracte imputable al Prenedor, la part de prima anual no consumida correspon a l'Asseguradora.

4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat

4.1. El Prenedor de l'assegurança i, si escau, l'Assegurat tenen les obligacions següents:

- a) Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, el canvi de domicili.
- b) Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, les altes i baixes d'Assegurats que es produeixin durant la vigència de la pòlissa; les altes tenen efecte el primer dia del mes següent a la data de la comunicació feta pel Prenedor, mentre que les baixes es fan efectives el dia que venci l'annualitat de l'assegurança en què es produeixi la baixa i l'import de la prima s'adapta a la nova situació.
- c) Minorar les conseqüències del sinistre, utilitzant els mitjans a l'abast perquè es restableixi ràpidament. L'incompliment d'aquest deure amb la intenció manifesta de perjudicar o enganyar l'Asseguradora allibera l'Asseguradora de qualsevol prestació derivada del sinistre.
- d) Quan l'assistència prestada a l'Assegurat sigui com a conseqüència de lesions produïdes o agreujades per accidents coberts per una altra assegurança qualsevol, o sempre que el cost de l'assistència l'hagin de satisfer tercers causants o responsables de les lesions, l'Asseguradora, si hagués cobert l'assistència, podria exercitar les accions que escaiguessin per rescabalar-se del cost que les assistències li haguessin comportat. L'Assegurat o, si escau, el Prenedor estan obligats a facilitar a l'Asseguradora les dades i la col·laboració que calguin.
- e) L'Assegurat ha de facilitar a l'Asseguradora, durant la vigència del contracte, tota la documentació i la informació mèdica que se li demani per poder valorar la cobertura del cost de les prestacions que sol·liciti. Quan l'Asseguradora li demani, el procés d'atorgament de cobertura queda en suspens fins que obtingui tota la informació. L'Asseguradora també pot reclamar a l'Assegurat el cost de la cobertura de qualsevol prestació la improcedència de la qual hagi quedat manifestada a posteriori per la informació mèdica facilitada per l'Assegurat.

4.2. La targeta sanitària personal propietat de l'Asseguradora i lliurada a cada Assegurat és un document d'ús personal i intransferible. En cas de pèrdua, sostracció o deteriorament, el Prenedor de l'assegurança i l'Assegurat tenen l'obligació de comunicar-ho a l'Asseguradora en el termini de setanta-dues hores.

En aquests casos, l'Asseguradora emet i envia una nova targeta al domicili de l'Assegurat que figura a la pòlissa i anul·la l'extraviada, sostreta o deteriorada.

Així mateix, el Prenedor de l'assegurança i l'Assegurat s'obliguen a tornar a l'Asseguradora la targeta corresponent a l'Assegurat que hagi s'hagi donat de baixa de la pòlissa.

L'Asseguradora no es responsabilitza de la utilització indeguda o fraudulenta de la targeta sanitària.

Es considera ús indegut o fraudulent la utilització de la targeta sanitària durant el període en què la cobertura estigui en suspens.

4.3. El Prenedor de l'assegurança pot reclamar a l'Asseguradora, en el termini d'un mes des del lliurament de la pòlissa, que s'esmenin les divergències que hi hagi entre la pòlissa i la proposició d'assegurança o les clàusules acordades, segons el que disposa l'article 8 de la Llei.

5. Altres obligacions de l'Asseguradora

A més de la cobertura econòmica de la prestació de l'assistència sanitària, l'Asseguradora ha de lliurar al Prenedor de l'assegurança la pòlissa o, si escau, el document de cobertura provisional.

Aquesta targeta, que té una numeració única, conté les dades següents:

- Nom i cognoms de l'Assegurat
- Any de naixement
- Data d'alta

6. Durada de l'assegurança

La durada del contracte és la que s'estableix a les Condicions Particulars. Els efectes de l'assegurança s'inicien a les zero hores de la data d'efecte i finalitzen a les zero hores de la data de venciment. Al venciment, el contracte es pot prorrogar per anualitats successives, d'acord amb el que es preveu a l'article 22 de la Llei de contracte d'assegurança.

Així no obstant, qualsevol de les parts es pot oposar a la pròrroga notificant-ho per escrit a l'altra part, amb una antelació no inferior a un mes quan es tracti del Prenedor i no inferior a dos mesos quan es tracti de l'Asseguradora, respecte de la data en què s'acabi el període d'assegurança en curs.

7. Pèrdua de drets, resolució del contracte

L'Asseguradora pot resoldre el contracte abans que venci si es produeix qualsevol de les situacions següents:

a) Si el sinistre, la cobertura del qual es garanteix com a risc, sobrevé abans que s'hagi pagat la primera prima, tret que hi hagi un pacte contrari (article 15 de la Llei de contracte d'assegurança).

b) Si el Prenedor, quan sol·licita l'assegurança, declara de manera inexacta l'any de naixement d'un Assegurat o més d'un, l'Asseguradora només pot resoldre el contracte si l'edat real d'aquests Assegurats, en la data d'entrada en vigor de la pòlissa, excedeix els límits d'admissió que hagi establert l'Asseguradora.

c) Quan el Prenedor deixi de tenir la seva residència habitual en territori espanyol. Quan sigui un Assegurat el que es trobi en aquesta situació serà baixa en la pòlissa. Si aquesta persona desitja contractar una nova assegurança i ho fa abans que transcorri un mes des de la comunicació citada, l'Asseguradora mantindrà els drets adquirits sempre que contractin les mateixes cobertures.

Respecte d'aquesta pòlissa, no se'n preveu el dret de rehabilitació, sens perjudici del que estableix l'article 15 de la Llei de contracte d'assegurança.

8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora

El control de l'activitat de l'Asseguradora correspon a l'Estat espanyol, a través de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions.

9. Instàncies de reclamació

9.1. El Prenedor de l'assegurança, l'Assegurat, el beneficiari, els tercers perjudicats o els dret-havents corresponents poden presentar queixes i reclamacions contra les pràctiques de l'Asseguradora que considerin abusives o que lesionen els seus drets o interessos reconeguts legalment i que es deriven del contracte d'assegurança.

Amb aquesta finalitat i d'acord amb allò que es disposa a la legislació vigent sobre aquesta matèria, l'Asseguradora té un servei d'atenció al client (SAC), al qual es poden adreçar per presentar les queixes i les reclamacions que tinguin quan l'oficina o el servei objecte d'aquestes queixes i reclamacions no les hagi resolt a favor seu.

Les queixes i les reclamacions es poden presentar al servei d'atenció al client en qualsevol oficina de l'entitat oberta al públic o a l'adreça o les adreces de correu electrònic que s'hagin habilitat per a aquesta finalitat. Les dades de contacte d'aquest servei són: Torre de Cristal, passeig de la Castellana, 259 C, 28046 Madrid.

El SAC acusa recepció per escrit de les queixes i les reclamacions que rep i les resol de manera motivada i dins del termini màxim legal d'un mes, comptador des de la data en la qual es presenta la queixa o la reclamació.

9.2. Així mateix, els interessats poden interposar queixes i reclamacions al servei de reclamacions de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions. Per poder-ho fer, han d'acreditar que ha transcorregut el termini d'un mes des de la data en la qual es va presentar la queixa o la reclamació al SAC sense que l'hagi resolt o si s'ha denegat l'admissió de la petició o s'ha desestimat de manera total o parcial.

9.3. Sens perjudici de les actuacions anteriors i de les que escaiguin d'acord amb la normativa d'assegurances, els interessats sempre poden exercir les accions que creguin convenientes a la jurisdicció ordinària.

10. Comunicacions i jurisdicció

10.1. Les comunicacions a l'Asseguradora per part del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat s'han de fer al domicili social que figuri a la pòlissa, però si es fan a un agent representant, té els mateixos efectes que si s'haguessin fet directament a l'Asseguradora, d'acord amb l'article 21 de la Llei. Les comunicacions a l'Asseguradora, al Prenedor de l'assegurança o a l'Assegurat s'han de fer:

- Mitjançant el correu electrònic quan el Prenedor o l'Assegurat hagin indicat l'adreça electrònica a l'hora de contractar la pòlissa o posteriorment a través d'una comunicació, de l'alta a l'Àrea Client o a la pàgina web d'Adeslas.
- Quan no es disposi d'adreça de correu electrònic, per correu postal al domicili que es recull a la pòlissa.

En qualsevol cas, les comunicacions que l'entitat asseguradora envii als Prenedors i Assegurats s'incorporen a l'Àrea Client, accessible a través de www.adeslas.es, on es poden consultar en qualsevol moment.

Les comunicacions que faci un corredor d'assegurances en nom del Prenedor tenen els mateixos efectes que si les fa el mateix Prenedor, tret que aquest indiqui el contrari.

10.2. És jutge competent per conèixer les accions derivades del contracte d'assegurança el del domicili de l'Assegurat.

11. Prescripció

Les accions que es derivin d'aquest contracte d'assegurança prescriuen al cap de cinc anys del dia en què s'hagin pogut exercir.

12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa

L'Asseguradora, cada nova anualitat d'assegurança, podrà:

- a) Actualitzar l'import de la prima.
- b) Actualitzar l'import corresponent als copagaments o participació de l'Assegurat en el cost dels assistències, a què es refereix l'apartat "Forma d'obtenir la cobertura" (Condicions Generals Descriptives 4.4.) d'aquestes Condicions Generals.
- c) Actualitzar l'import corresponent al Límit Màxim Anual establert en Condicions Particulars.

Independentment d'aquestes actualitzacions, en cada renovació la prima anual s'estableix tenint en compte la zona geogràfica corresponent al domicili de la prestació a què fa referència l'apartat "Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança i/o de l'Assegurat" (Condicions Generals Comuns 4.1.) d'aquestes Condicions Generals i l'edat de cadascun dels Assegurats i s'aplica la tarifa de primes que l'Asseguradora tingui en vigor en la data de cada renovació. El Prenedor de l'Assegurança dona la seva conformitat a les variacions que, per tal motiu, es produeixin en l'import de les primes.

Totes aquestes actualitzacions es fonamenten en els càlculs tècnic-actuarials necessaris per determinar la incidència, en l'esquema financer-actuarial de l'assegurança, de l'increment del cost les assistències sanitàries, l'augment de la freqüència de les prestacions que cobreix la pòlissa, la incorporació a la cobertura garantida d'innovacions tecnològiques que apareguin o es facin servir després de perfer el contracte o altres fets de conseqüències similars.

Dos mesos abans de renovar l'assegurança, l'Asseguradora ha de comunicar per escrit al Prenedor de la pòlissa la prima prevista per a l'anualitat vinent.

El Prenedor de l'assegurança, quan rebí la notificació d'aquestes actualitzacions per a l'anualitat següent, pot optar entre prorrogar el contracte d'assegurança, la qual cosa suposa que accepta les noves condicions econòmiques, o posar-hi terme quan venci l'anualitat en curs. En aquest darrer cas, ha de comunicar a l'Asseguradora la seva voluntat en aquest sentit.

S'entén que el contracte es renova amb les noves condicions econòmiques en el cas que el Prenedor no comuniqui a l'Asseguradora la voluntat de posar terme al contracte abans que hagi passat un mes des del dia en què el Prenedor hagi satisfet la primera prima de l'anualitat següent en la qual regeixen les noves condicions econòmiques.

1. Definicions

Als efectes d'aquesta pòlissa s'entén per:

Accident: lesió corporal que es pateixi durant la vigència de la pòlissa que derivi d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'Assegurat.

Assegurat o persona Assegurada: la persona o persones naturals sobre les quals s'estableix l'assegurança.

Asseguradora: SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances (d'ara endavant, l'Asseguradora), entitat que assumeix el risc pactat contractualment.

Atenció sanitària en règim ambulatori (no inclou l'ingrés hospitalari ni l'hospital de dia mèdic i quirúrgic): comprèn la cirurgia menor ambulatoria (procediments quirúrgics senzills fets sota anestèsia local), com també actuacions diagnòstiques o terapèutiques invasives que no requereixen cap tipus d'hospitalització ni cures especials posteriors.

Autorització: document emès per nosaltres, que ha d'obtenir la persona Assegurada per a la cobertura econòmica de determinades assistències sanitàries cobertes per la pòlissa.

Condicions Particulars: document integrant de la pòlissa en què es concreten i particularitzen els aspectes del risc que s'assegura.

Copagament: import que el Prenedor ha d'abonar a l'Asseguradora per col·laborar a cobrir econòmicament de cada assistència sanitària utilitzada pels Assegurats inclosos en la seva pòlissa. Aquest import és diferent en funció del tipus de servei sanitari i/o especialitat mèdica, i la quantitat corresponent, determinada a les Condicions Particulars, es pot actualitzar anualment.

Hospital o clínica: establiment, públic o privat, autoritzat legalment per tractar malalties, lesions o accidents, proveïts de presència mèdica permanent i dels mitjans necessaris per fer diagnòstics i intervencions quirúrgiques.

Hospitalització: comprèn qualsevol ingrés en un hospital (registre d'entrada de l'Assegurat com a pacient i permanència a l'hospital durant un mínim de 24 hores), la cirurgia major ambulatoria i l'hospital de dia.

Hospitalització de dia: representa que una persona figuri inscrita com a pacient a les unitats de l'hospital amb aquesta denominació, tant mèdiques com quirúrgiques o psiquiàtriques, per rebre un tractament concret o per haver estat sota l'acció d'una anestèsia i per un període inferior a 24 hores.

Infermer: professional habilitat legalment per desenvolupar l'activitat d'infermeria.

Intervenció quirúrgica: qualsevol operació que es faci mitjançant una incisió o una altra via d'abordatge intern efectuada per un cirurgià i que requereix normalment l'ús d'un quiròfan en un hospital.

Límit màxim anual: és la quantitat màxima que el Prenedor, en concepte de copagament, ha de satisfer a l'Asseguradora. Aquesta quantitat màxima es computa de manera independent per a cada Assegurat menor de 55 anys inclòs a la pòlissa i per cada any de vigència, i els períodes inferiors a una anualitat es prorrategen. A aquest efecte, es considera que el copagament correspon a l'any en què es rep l'assistència sanitària, encara que el pagament efectiu per part del Prenedor no es faci fins l'any vinent. Aquest límit no s'aplica en cas que sol·liciti l'assistència sanitària un Assegurat de 55 anys o més.

Malaltia: qualsevol alteració de la salut de l'Assegurat, diagnosticada per un Metge i no provocada per un accident, que faci necessària la prestació d'assistència sanitària i les primeres manifestacions de la qual es presentin durant la vigència de la pòlissa.

Malaltia, lesió, defecte o deformació congènita: la que existeix en el moment del naixement com a conseqüència de factors hereditaris o afeccions adquirides durant la gestació fins al mateix moment del naixement. Una afecció congènita pot manifestar-se i ser reconeguda immediatament després del naixement o bé ser descoberta més tard, en qualsevol període de la vida de l'Assegurat.

Malaltia preexistent: la que pateix l'Assegurat abans de la data de la incorporació efectiva (alta) a la pòlissa.

Medicaments de teràpia avançada: medicaments d'ús humà basats en gens (teràpia gènica), cèl·lules (teràpia cel·lular) o teixits (enginyeria tissular) i inclouen productes d'origen autòleg, al·logènic o xenogènic.

Metge o Facultatiu: llicenciat, graduat o doctor en medicina, habilitat legalment per tractar mèdica-ment o quirúrgicament la malaltia o lesió que pateixi l'Assegurat.

Metge especialista o especialista: Metge que disposa de la titulació necessària per exercir la professió en una de les especialitats reconegudes legalment.

Pòlissa: document o documents que contenen les clàusules i els pactes reguladors del contracte d'assegurança. Formen part integrant i inseparable de la pòlissa aquestes Condicions Generals, les particulars que identifiquen el risc i les especials si n'hi hagués, com també els apèndixs que recullen, si escau, les modificacions que s'acordin durant la vigència del contracte.

Prenedor de l'assegurança: persona física o jurídica que, juntament amb l'Asseguradora, subscriu aquest contracte i amb això accepta les obligacions que s'hi estableixen a canvi de les que l'Asseguradora pren a càrrec seu, tot i que alguna, per la seva naturalesa, l'hagi d'acomplir el mateix assegurat.

Prestació: cobertura econòmica de l'assistència sanitària descrita a l'apartat "Cobertura de l'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 2ª) derivada de l'esdeveniment del sinistre en la forma que s'estableix en aquestes Condicions Generals.

Prima: preu de l'assegurança. El rebut de la prima ha d'incloure, a més, els recàrrecs, impostos i taxes repercutibles legalment. La prima de l'assegurança és anual, encara que se'n fraccioni el pagament.

Quadre Mèdic: relació editada de professionals i establiments sanitaris propis o concertats per l'Asseguradora en cada província, amb adreça, telèfon i horari. A l'efecte d'aquesta assegurança es consideren Quadres Mèdics de l'Asseguradora tant els de les províncies en què l'Asseguradora opera directament com els d'aquelles altres en què ho fa mitjançant un concert amb altres Asseguradores. En cada Quadre Mèdic provincial es relacionen, a més dels professionals i els establiments sanitaris de la província, els serveis d'informació i els telèfons d'atenció a l'Assegurat de tot el territori nacional. El Prenedor i els Assegurats queden informats i assumeixen que els professionals i els centres que integren el Quadre Mèdic actuen amb plena independència de criteri, autonomia i responsabilitat exclusiva en l'àmbit de la prestació sanitària que els és pròpia.

Qüestionari de salut: declaració realitzada i signada pel Prenedor o l'Assegurat abans de formalitzar la pòlissa i que serveix a l'Asseguradora per valorar el risc que és objecte de l'assegurança.

Sinistre: esdeveniment que té unes conseqüències que fan necessària la utilització de les assistències sanitàries el cost dels quals està totalment o parcialment cobert per la pòlissa.

Targeta sanitària: document propietat de l'Asseguradora que s'expedeix i es lliura a cada Assegurat inclòs dins la pòlissa i l'ús del qual, personal i intransferible, és necessari per rebre les assistències sanitàries que cobreix la pòlissa.

Termini o període de carència: interval de temps durant el qual no són efectives algunes de les cobertures incloses dins les garanties de la pòlissa. Aquest termini es computa per mesos comptats des de la data d'entrada en vigor de la pòlissa per a cadascun dels Assegurats que hi són inclosos.

Urgència: situació clínica que no amenaça de manera imminent la vida del malalt ni fa perillar cap part vital del seu organisme, però que obliga a una atenció sanitària immediata.

2. Cobertura de l'assistència sanitària

Les especialitats, les prestacions sanitàries i cobertures accessòries que cobreix aquesta pòlissa són els que s'esmenten a continuació, juntament amb les exclusions específiques corresponents, en cas que n'hi hagi, i també s'hi apliquen les exclusions comunes que s'esmenten a l'apartat "Exclusions de la cobertura d'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 3ª).

Per a totes les cobertures que es relacionen a continuació, que requereixin prescripció mèdica, la mateixa haurà de realitzar-se prèviament pels Metges o Facultatius del Quadre Mèdic de l'Asseguradora.

2.1. MEDICINA PRIMÀRIA

- **Medicina General.** Assistència sanitària a la consulta i a domicili.
- **Pediatria i puericultura.** Per a infants menors de catorze anys.
- **Infermeria.** Assistència sanitària en consulta i a domicili. En aquest últim cas, sempre que el malalt faci llit i amb la prescripció prèvia d'un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora.

2.2. ESPECIALITATS

Queden cobertes exclusivament les consultes i les proves diagnòstiques, a règim ambulatori, intraconsulta de les especialitats següents:

- **Al·lèrgologia.** Les vacunes són a compte de l'Assegurat. Se n'exclouen els panells moleculars diagnòstics i la determinació i l'ús d'al·lèrgens recombinants.
- **Anestèsia i reanimació.**
- **Angiologia i cirurgia vascular.**
- **Aparell digestiu.** Se n'exclou la càpsula endoscòpica.
- **Cardiologia.**
- **Cirurgia cardiovascular.**

- Cirurgia general i de l'aparell digestiu.
- Cirurgia maxil·lofacial.
- Cirurgia pediàtrica.
- Cirurgia plàstica reparadora.
- Cirugía torácica.
- Dermatologia medico-quirúrgica.
- Endocrinologia i nutrició.
- Geriatria.
- Hematologia i hemoteràpia.
- Immunologia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrologia.
- Neonatologia.
- Pneumologia.
- Neurocirurgia.
- Neurofisiologia clínica.
- Neurologia.
- **Obstetrícia i ginecologia.** Vigilància de l'embaràs per Facultatiu Tocòleg.
- **Odontoestomatologia.** Inclou una netege de boca per anualitat. A partir de la primera neteja dins de l'anualitat, serà necessària la prescripció mèdica.
- **Oftalmologia.** Inclou retinografia, tomografia de coherència òptica i ortòptica.
- **Oncologia mèdica i radioteràpia.**
- **Otorrinolaringologia.**

- **Psicologia clínica:** amb un màxim de vint sessions per cada anualitat d'assegurança o quaranta sessions en cas de trastorns de la conducta alimentària. Requereix la prescripció d'un especialista en psiquiatria i oncologia concertat i l'autorització prèvia de l'Asseguradora. **Se n'exclou la psicoanàlisi, la hipnosi, els tests neuropsicològics i psicomètrics, la sofrologia, la narcolèpsia ambulatoria, qualsevol mètode d'assistència psicològica no conductual, la psicoteràpia de grup i la rehabilitació psicosocial.**

- **Psiquiatria.**

- **Rehabilitació i fisioteràpia,** prèvia prescripció d'un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora. Comprén la valoració del Metge rehabilitador i la fisioteràpia amb cobertura de règim ambulatori (**fisioteràpia domiciliària exclosa**). **Se n'exclouen els tractaments de fisioteràpia i rehabilitació quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que es pugui, o quan esdevingui teràpia de manteniment, com també la rehabilitació respiratòria ambulatoria, neuropsicològica o estimulació cognitiva i la teràpia ocupacional.**

- **Reumatologia.**

- **Traumatologia i cirurgia ortopèdica.**

- **Urologia.**

2.3. MEDICINA PREVENTIVA

S'inclouen els controls preventius, adequats a l'edat de l'Assegurat, prescrits per un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora i fets amb mitjans i tècniques coberts per la garantia de la pólissa.

- **Pediatría:** inclou controls preventius i de desenvolupament infantil.

- **Obstetrícia i ginecologia:** revisió ginecològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de mama, endometri i cèrvix. Inclou la consulta i exploració amb l'especialista, com també les proves diagnòstiques segons el criteri del Metge: ecografia ginecològica, mamografia, citologia i detecció del virus del papil·loma humà.

- **Cardiologia:** inclou la prevenció del risc coronari en persones més grans de 40 anys, mitjançant la consulta al Metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del Metge (ECG, radiografia de tòrax, prova d'esforç, analítica bàsica de sang i orina).

- **Urologia:** revisió urològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de pròstata. Comprèn la consulta i exploració física per part del Metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del Metge: analítica bàsica d'orina i sang, incloent-hi PSA (determinació d'antigen prostàtic específic) i ecografia prostàtica.

- **Planificació familiar:** control del tractament amb anovulatoris, implantació i vigilància del DIU (inclou el cost del dispositiu). Inclou l'estudi diagnòstic de les causes d'esterilitat o infertilitat (estudis serològics i hormonaals, cariotip, a més d'histerosalpingografia en la dona i espermograma en l'home. **Se n'exclou expressament els tractaments d'esterilitat o infertilitat.**

- **Prevenió del càncer colorectal.** Inclou consulta i exploració física amb l'especialista, com també, segons el criteri del Metge, el test de detecció de sang oculta en femta i si calgués, colonoscòpia.

- **Prevenió diabetis:** consulta i exploració per part d'un Metge especialista, com també determinació de la glucèmia basal i, en cas necessari, hemoglobina glicosilada.

- **Revisions mèdiques:** S'inclou en la cobertura de la pòlissa un reconeixement mèdic anual als centres concertats de l'Asseguradora. Les proves que inclou aquest reconeixement mèdic són les següents:

REVISIÓ 1 (MAJORS DE 18 A 30 ANYS)	
Història clínica i exploració general.	EGC.
Analítica: · Estudi Sèrie Vermella: Hematies, HB, Hematòcrit, VCM, CHCM. · Estudi Sèrie Blanca: Fórmula i VSS. · Plaquetes. Glucosa. Àcid Úric (Urea). · Colesterol. Prova d'LDL. Triglicèrids. · GOT-GPT. Ferro. Orina	RX de Tòrax (segons criteri mèdic).
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal.
	Agudeses visual.
	Audiometria i Espirometria.

REVISIÓ 2 (DE 31 A 45 ANYS)	
Història clínica i exploració general.	EGC.
Analítica: · Estudi Sèrie Vermella: Hematies, HB, Hematòcrit, VCM, CHCM. · Estudi Sèrie Blanca: Fórmula i VSS. · Plaquetes. · Glucosa. · Àcid Úric (Urea). · Colesterol. · Triglicèrids. · GOT-GPT. · Ferro. · Orina.	Ecografia Abdominal.
	RX de Tòrax (segons criteri mèdic).
	Examen Ginecològic amb Citologia Vaginal, Ecografia Mamària segons criteri mèdic i Mamografia (bianual o anual, segons criteri mèdic, a partir els 40 anys).
	Agudeses visual.
	Audiometria i Espirometria.

REVISIÓ 3 (DES 46 ANYS)	
Història clínica i exploració general.	EGC.
Analítica: · Estudi Sèrie Vermella: Hematies, HB, Hematòcrit, VCM, CHCM. · Estudi Sèrie Blanca: Fórmula i VSS. · Plaquetes. · Glucosa. · Àcid Úric (Urea). · PSA (Pròstata). · Colesterol. Triglicèrids. · GOT-GPT. · Ferro. · Urea. · H.D.L. · Fosfatassa alcalina. · Hemorràgies ocultes. · Orina.	RX de Tòrax (segons criteri mèdic).
	Ecografia Abdominal.
	Examen Ginecològic amb Citologia Vaginal, Ecografia Mamària segons criteri mèdic i Mamografia (bianual o anual, segons criteri mèdic, a partir els 40 anys).
	Ecografia Ginecològica.
	Ecografia Prostàtica.
	Agudeses visual.
	Audiometria i Espirometria.

2.4. MITJANS DE DIAGNÒSTIC

Els mitjans de diagnòstic que indiquem a continuació, en tots els casos, han de ser prescrits per Metges del Quadre Mèdic de l'Asseguradora que tinguin al seu càrrec l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

2.4.1. Anàlisis clíniques, Anatomia patològica i Citopatologia. Se n'exclouen les Biòpsies Líquides.

2.4.2. Radiologia General: inclou les tècniques habituals de diagnòstic per a la imatge i també la utilització de mitjans de contrast.

2.4.3. Altres mitjans de diagnòstic: doppler cardíac, electrocardiografia, electroencefalografia, electromiografia i ecografies.

2.4.4. Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia:

- Immunohistoquímica, Ergometria, Holter.
- Fibroendoscòpia.
- Ressonància magnètica i tomografia computada (TAC/escàner). **Se n'exclou la tomografia computada de feix cònic.**
- Colonografia realitzada mitjançant TC: **exclusivament** com a prova complementària a la fibrocolonoscòpia per intolerància o estenosi i en pacients amb problemes mèdics que contraindiquin la pràctica de la fibrocolonoscòpia convencional.
- Coronariografia per TAC: està coberta **exclusivament** per a pacients amb malaltia coronària simptomàtica amb prova d'esforç no conclouent, i en malformacions de l'arbre coronari. **No s'inclou la cobertura sota cap circumstància per quantificar el calci en artèries coronàries i la utilització com a prova diagnòstica de screening.**
- Tomosíntesi de mama.
- Medicina nuclear.
- Amniocentesi i cariotips.

- Proves genètiques. Es cobreixen **exclusivament** les proves que tinguin com a finalitat diagnosticar malalties en pacients afectes i simptomàtics:
 - Inclou les dianes terapèutiques la determinació de les quals s'exigeixi a la fitxa tècnica emesa per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris per administrar alguns fàrmacs.
 - També inclou els tests d'ADN fetal en sang materna per fer el diagnòstic prenatal de les trisomies 21, 18 i 13 prenatal quan l'índex de risc en el cribratge combinat del primer trimestre (CCPT) estigui comprès entre 1/50 i 1/250 o en gestants amb embaràs previ amb aneuploidies als cromosomes 21, 18 o 13, independentment del CCPT.

S'exclou expressament de la cobertura de l'assegurança qualsevol mitjà de diagnòstic o tractament mitjançant teràpia genètica, els estudis de farmacogenètica, la determinació del mapa genètic amb finalitats predictives o preventives, les biòpsies líquides los test genètics de disbiosis i qualsevol altra tècnica genètica o de biologia molecular.

2.5. COBERTURES ACCESSÒRIES

La cobertura d'assistència sanitària també comporta la de les següents

- **Preparació per al part.** Assistència impartida en cursos de preparació, que inclou els exercicis físics de relaxació i de simulació dels períodes de dilatació i expulsó del part.
- **Podologia. Exclusivament tractaments de quiropòdia en consulta. Amb un màxim de dotze sessions per cada anualitat d'assegurança.**
- **Logopèdia i foniatria.** Tractament de patologies del llenguatge, de la parla i de la veu derivades de processos orgànics i trastorns funcionals **quedant exclusos els tractaments quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim possible d'aquesta, o quan es converteixi en teràpia de manteniment.** Es donarà també cobertura logopèdia per deglució atípica per a menors de 14 anys fins a un màxim de 20 sessions per Assegurat i anualitat de l'assegurança. **Se n'exclou el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discalculia).**

3. Exclusions de la cobertura d'assistència sanitària

A més de les limitacions i exclusions específiques que hem indicat a l'apartat "Cobertura d'assistència sanitària" (Condicions General Descriptives 2ª), l'assistència sanitària coberta per la pòlissa té també les exclusions següents:

A. L'assistència sanitària que necessiti d'hospitalització, ja sigui en règim d'ingrés, cirurgia ambulant o hospital de dia, tant es tracti d'hospitalització programada o derivada d'una urgència.

B. Les intervencions quirúrgiques, diagnòstiques i/o terapèutiques. Queden excloses les proves diagnòstiques o tractaments per complicacions que puguin estar directament i/o principalment causades per haver-se sotmés a una intervenció, infiltració o tractament de caràcter purament estètic o cosmètic. Queden excloses les tècniques de lipoinfiltració grassa. Queda exclosa la micropigmentació del complex areola mugró.

C. L'assistència sanitària o qualsevol despesa mèdica que necessiti l'Assegurat i que sigui conseqüència, tingui relació o es derivi d'una situació que hagi estat declarada per organismes nacionals o internacionals com a epidèmia o pandèmia, o amb una declaració d'emergència de salut pública d'interès internacional o declaració equivalent.

Igualment, se n'exclouen les assistències sanitàries o qualsevol despesa mèdica que necessiti l'Assegurat que sigui conseqüència, tingui relació o es derivi de guerres, catàstrofes naturals o nuclears (amb declaració o sense), actes de terrorisme, insurreccions, tumults populars o qualsevol fenomen catastròfic extraordinari.

D. L'assistència sanitària de les lesions produïdes a causa d'embriaguesa, baralles (excepte en cas de legítima defensa), autolesions o intents de suïcidi.

S'entén per embriaguesa la que estableixi la legislació sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, amb independència que l'Assegurat condueixi o no el vehicle de motor en el moment en què es produeixi el sinistre.

E. Els actes terapèutics excepte els realitzats per especialistes en rehabilitació, fisioteràpia, psicoteràpia, logopedia i odontostomatologia amb l'abast que es descriu en l'apartat de "Cobertures d'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 2ª) d'aquest Condicionat General.

F. Els cateterismes, l'hemodinàmica vascular, la radiologia intervencionista, la polisomnografia, tomografia per emissió de positrons (PET), la radioteràpia i la quimioteràpia.

G. Els fàrmacs i medicaments de qualsevol mena, productes sanitaris i de cura, tret dels que s'administren al pacient mentre estigui hospitalitzat, ja sigui en règim d'ingrés, hospital de dia o cirurgia ambulant. Se n'exclouen els medicaments de teràpia avançada, que comprenen els medicaments d'ús humà basats en gens (teràpia gènica), cèl·lules (teràpia cel·lular de qualsevol mena) i teixits (enginyeria tissular). A més, se n'exclouen tota mena de tractaments experimentals, incloent-hi els que estan en assaig clínic en totes les fases o graus.

H. L'assistència sanitària derivada d'alcoholisme crònic o addicció a drogues o psico-fàrmacs de qualsevol mena.

I. L'assistència sanitària que es necessiti com a conseqüència de lesions produïdes durant la pràctica professional de qualsevol esport o activitat, com també la pràctica no professional d'activitats manifestament perilloses o d'alt risc com ara toreig o correbous, arts marcial, espeleologia, submarinisme, escalada, sal de pont, parapent, paracaigudisme, barranquisme, ràfting, vol sense motor o qualsevol altra de naturalesa anàloga.

J. L'assistència sanitària que estigui coberta per l'assegurança d'accidents de treball i malalties professionals, segons la seva legislació específica.

K. Els tractaments per esterilitat o infertilitat.

L. Les despeses de transport de l'Assegurat al centre sanitari, i viceversa.

M. Assistència al part i cesària.

N. Qualsevol tractament o prova diagnòstica la utilitat o eficàcia de la qual no estigui contrastada científicament o que es consideri de caràcter experimental o no l'hagin ratificat les agències espanyoles d'avaluació de tecnologies sanitàries. Se n'exclouen les medicines alternatives, naturopatia, homeopatia, acupuntura, mesoteràpia, hidroteràpia, pressoteràpia, ozonoteràpia, medicina regenerativa (inclou tècniques de regeneració tissular, cel·lular o molecular, els implants o trasplantaments de cèl·lules mare i l'enginyeria de teixits). A més, se n'exclou el tractament amb cambra hiperbàrica.

O. La teràpia ocupacional.

4. Forma d'obtenir la cobertura

L'assistència sanitària coberta per l'assegurança es presta de la manera següent:

4.1. L'Assegurat, per rebre l'assistència sanitària que inclou la cobertura de la pòlissa, pot triar lliurement entre els professionals sanitaris, els centres mèdics, els hospitals i els sanatoris (proveïdors assistencials) que l'Asseguradora tingui, en cada moment, concertats arreu d'Espanya. Cada any natural l'Asseguradora edita aquesta llista de proveïdors assistencials agrupats per províncies a través dels Quadres Mèdics que, per a especialitats concretes, poden recollir un únic prestador de l'assistència. L'Assegurat té l'obligació d'utilitzar els assistències dels proveïdors assistencials que estiguin donats d'alta en la data en què se sol·liciti l'assistència.

Amb aquesta finalitat, l'Assegurat pot demanar a les oficines de l'Asseguradora un exemplar del Quadre Mèdic actualitzat, o bé pot consultar els Quadres Mèdics de província actualitzats al web www.adeslas.es/cuadromedico.

L'Asseguradora abona directament al professional o el centre els honoraris i les despeses que s'hagin produït amb motiu de l'assistència, sempre que es compleixin tots els requisits i totes les circumstàncies que estableix la pòlissa.

4.2. La visita domiciliària de medicina general i infermeria s'ha de demanar, per als malalts que no es puguin desplaçar a la consulta, abans de les 10 hores, perquè es pugui fer en el dia.

L'Asseguradora s'obliga a donar cobertura econòmica a aquesta prestació d'assistència sanitària, sempre que aquest assistència estigui concertat a la zona per a la qual se sol·liciti.

4.3. L'Asseguradora no es fa responsable dels honoraris de facultatius aliens al seu Quadre Mèdic, ni de les despeses d'hospitalització o assistències que aquells els puguin prescriure.

4.4. Per a cadascun dels assistències sanitàries que rebí en una mateixa cita, l'Assegurat ha d'exhibir la targeta sanitària personal que l'Asseguradora li ha lliurat a aquest efecte i ha de signar els rebuts justificatius dels assistències rebuts, una de les còpies dels quals li lliuraran com a comprovant.

Si escau, l'Assegurat també ha d'exhibir el document d'autorització previst al punt següent. Els rebuts signats degudament serviran de comprovant a l'asseguradora per a l'abonament del cost de la prestació.

L'Assegurat pagarà per cada assistència sanitària rebut l'import que en concepte de copagament o participació en el cost dels assistències s'estableix a les Condicions Particulars.

A aquest efecte, l'Asseguradora trametrà periòdicament al Prenedor de l'assegurança un extracte comprensiu dels assistències que hagin utilitzat els Assegurats inclosos en la pòlissa, juntament amb l'import de les copagaments corresponents a aquests serveis.

El cobrament de la quantitat total que resulti s'ha de fer mitjançant rebut domiciliat al compte bancari que el Prenedor hagi designat per al pagament de la prima.

L'import de les copagaments pot ser actualitzat per l'Asseguradora, de conformitat amb el que estableix en l'apartat de "Actualització anual de condicions econòmiques de la pòlissa" (Condicions Generals Comunes 12ª) d'aquestes Condicions Generals.

4.5. La prestació d'aquelles assistències sanitàries que, d'acord amb les normes d'ús dels assistències sanitàries que figuren al Quadre Mèdic editat, requereixin prescripció les ha d'ordenar per escrit un Metge d'aquest Quadre i l'Assegurat ha d'obtenir la conformitat prèvia documentada de l'Asseguradora en qualsevol de les oficines de l'entitat, o a través dels canals digitals o telefònics que en cada moment tingui habilitats per fer-ho.

4.6. A l'efecte d'aquesta assegurança, s'entén comunicat el sinistre quan l'Assegurat sol·liciti la prestació de l'assistència, tret que calgui la conformitat prèvia de l'Asseguradora conforme l'estipulat anteriorment, aleshores, la comunicació caldrà fer-la a l'Asseguradora segons l'establert a la clàusula esmentada.

5. Períodes de carència

Totes les cobertures que, en virtut de la pòlissa, assumeix l'Asseguradora es faciliten des de la data d'entrada en vigor del contracte per a cadascun dels Assegurats. **S'exceptuen del principi general anterior les prestacions següents:**

Mitjans de Diagnòstic	
Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia.	3 mesos

The logo for Adeslas, featuring the word "Adeslas" in a white serif font centered within a blue rounded rectangle.

Adeslas

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb domicili social al Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, amb NIF A28011864, i inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265.

S.RE.807C.06