

Adeslas Plena Total Vital

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 (CGC)	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.	7
6. Durada de l'Assegurança.	7
7. Pèrdua de drets, resolució del contracte.	7
8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora.	8
9. Instàncies de reclamació.	8
10. Comunicacions i jurisdicció.	9
11. Prescripció.	10
12. Actualització de les condicions econòmiques de la pòlissa.	10
Condicions Generals Descriptives de cobertura (CGD)	12
1. Definicions.	12
2. Cobertura de l'assistència sanitària.	15
3. Cobertures de reemborsament de despeses.	29
4. Cobertura d'assistència dental.	31
5. Cobertura d'assistència en viatge a l'estranger.	32
6. Exclusions de la cobertura d'assistència sanitària, dental i assistència en viatge a l'estranger.	40
7. Forma d'obtenir la cobertura.	44
8. Períodes de carència.	48

1. Clàusula preliminar

1.1. L'activitat asseguradora que duu a terme SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances 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 franquícies a l'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat les cobertures següents:

2.1. Assistència mèdica, quirúrgica i hospitalària que calgui en tota mena de malalties o lesions que estiguin incloses en el llistat de prestacions sanitàries referents a les especialitats en l'apartat de "Cobertures d'assistència sanitària" (Condicions Generals Descriptives 2ª) d'aquest Condicionat General, l'Asseguradora n'assumeix el cost mitjançant el pagament directe als professionals o centres concertats que hagin dut a terme la prestació.

El Prenedor abonarà per cada assistència rebuda pels Assegurats, l'import dels copagaments al seu càrrec establerts en aquest contracte.

L'Asseguradora assumeix la cobertura econòmica de l'assistència sanitària contractada quan calgui en situació d'urgència i mentre duri aquesta situació.

2.2. Assistència dental a l'Assegurat en els actes i tractament d'etiologia dental relacionats a l'Annex d'actes dentals, en els quals l'Assegurat ha d'abonar, si és el cas, la quantitat a càrrec seu que s'estableix en aquest annex.

2.3. Assistència en viatge a l'Assegurat, i que té per objecte la cobertura dels riscos derivats d'un viatge a l'estranger, quedant definit el seu abast i límits a l'apartat "Cobertura d'assistència en viatge a l'estranger" (Condicions Generals Descriptives 5ª) d'aquest Condicionat General.

Per a les cobertures d'assistència sanitària i dental no es podran concedir indemnitzacions optatives en metàl·lic, en substitució de la prestació de l'assistència 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 prima de l'assegurança és pel temps estipulat a les Condicions Particulars. Si a les Condicions Particulars s'ha establert una data d'efecte de l'assegurança anterior a la data de pagament de la primera prima, l'import d'aquesta correspondrà necessàriament el període de retroacció de l'eficàcia de l'assegurança.

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. 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 del període de l'assegurança en curs 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) Declarar a l'Asseguradora, d'acord amb el qüestionari al qual el sotmeti, totes les circumstàncies que conegui que puguin influir en la valoració del risc. Queda exonerat d'aquesta obligació si l'Asseguradora no el sotmet a cap qüestionari o quan, encara que l'hi sotmeti, es tracti de circumstàncies que puguin influir en la valoració del risc i no hi estiguin compreses.

L'Asseguradora pot rescindir el contracte mitjançant una declaració dirigida al Prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, comptador des de la data en què l'Asseguradora tingui coneixement de la reserva o inexactitud del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat. Pertoquen a l'Asseguradora, tret que incorri en frau o culpa greu per part seva, les primes relatives al període en curs en el moment en què faci aquesta declaració.

Si el sinistre sobrevé abans que l'Asseguradora faci la declaració a la qual es refereix el paràgraf anterior, la prestació es redueix proporcionalment a la diferència entre la prima convinguda i la que s'hauria aplicat si s'hagués conegut l'autèntica entitat del risc. En cas de frau o culpa greu del Prenedor de l'assegurança, l'Asseguradora queda allibera-da de pagar la prestació.

b) Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, el canvi de domicili.

c) 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.

d) Si l'assistència de la mare en el part es fa a càrrec de l'assegurança de l'Asseguradora amb la qual ella estigui assegurada, els fills nounats tenen dret a ser inclosos dins de la pòlissa de la mare des del moment del naixement. Per fer-ho, el Prenedor ha de comunicar a l'Asseguradora aquesta circumstància durant els 15 dies naturals següents a la data d'alta hospitalària del nounat i com a termini màxim 30 dies naturals després de la data del naixement, mitjançant la formalització d'una sol·licitud d'assegurança.

Les altes que es comuniquin dins d'aquest termini retrotreuen els efectes a la data del naixement i el període de carència no pot ser superior al que li falti per consumir a la mare.

Si l'alta del nounat es comunica després del termini indicat, cal emplenar el qüestionari de salut i l'Asseguradora pot denegar-ne l'admissió. Si s'accepta el nou Assegurat, se li apliquen els períodes de carència establerts en l'apartat "Períodes de carència" (Condicions Generals Descriptives 8ª) d'aquestes Condicions Generals.

Condicions Generals comunes

En qualsevol cas, l'Asseguradora cobreix l'assistència sanitària al nou-nat durant els primers trenta dies naturals de vida i la cobertura finalitza quan s'acaba aquest termini si no se'n sol·licita l'alta d'acord amb el que estableix el paràgraf primer d'aquest apartat.

e) 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.

f) 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.

g) Comunicar a l'Asseguradora l'existència de qualsevol altra assegurança de malaltia que es refereixi a tots o a algun dels Assegurats d'aquesta pòlissa, d'acord amb els articles 101 i 106 de la Llei.

h) 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.

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 o el que escaigui segons el que disposa l'article 5 de la Llei.

Igualment, ha de lliurar al Prenedor la targeta sanitària personal corresponent a cadascun dels Assegurats inclosos a la pòlissa.

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

L'assegurança s'estipula pel període de temps previst a les Condicions Particulars, i al seu venciment, de conformitat amb l'article 22 de la Llei, es prorrogarà tàcitament per períodes anuals.

Això 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.

Si l'Assegurat estigués hospitalitzat, el fet que l'Asseguradora hagi comunicat que s'oposa a la pròrroga de la pòlissa no tindria cap efecte sobre l'Assegurat fins a la data en què obtingués l'alta hospitalària, tret que l'Assegurat renunciés a continuar amb el tractament.

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 hi ha reserves o inexactituds a l'hora d'emplenar el qüestionari de salut, l'Asseguradora pot rescindir el contracte fent arribar una declaració al Prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, comptador des de la data en què s'assabenti de la reserva o la inexactitud del qüestionari que hagi emplenat qualsevol dels Assegurats de la pòlissa. Corresponen a l'Asseguradora, tret que hi hagi frau o culpa greu per part seva, les primes del període en curs en el moment en què faci aquesta declaració.

Si el sinistre sobrevé abans que l'Asseguradora faci la declaració que s'esmenta al paràgraf anterior, la prestació corresponent es redueix de manera proporcional a la diferència entre la prima acordada i la que s'hagués aplicat si s'hagués conegut l'autèntica entitat del risc. En cas de frau o culpa greu de l'Assegurat, l'Asseguradora quedaria lliure de pagar la prestació.

b) 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).

c) 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.

d) 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.

e) Si l'Assegurat en utilitzar la cobertura de reemborsament no presentés la documentació original si fos requerit per a això per l'Asseguradora o quan les còpies aportades no es corresponguin fidelment amb els originals o les mateixes hagues-sin estat objecte de manipulació.

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.

Condicions Generals comunes

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 convenients 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 pagina 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.

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

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

11. Prescripció

Les accions que es derivin d'aquest contracte d'assegurança prescriuen al cap de cinc anys.

12. Actualització de les condicions econòmiques de la pòlissa

L'Asseguradora, al venciment del període inicial de vigència de la pòlissa i en cada eventual renovació posterior, pot:

- a) Actualitzar l'import de la prima.
- b) Actualitzar l'import corresponent al copagament, franquícies (participació de l'assegurat en el cost de les assistències sanitàries), a què fa referència l'apartat "Forma d'obtenir la cobertura" (Condicions Generals Descriptives 7ª) d'aquestes Condicions Generals.
- c) Actualitzar els imports corresponents al Límit Màxim Anual Ambulatori i Límit Màxim Anual Hospitalari establerts a Condicions Particulars.
- d) Actualitzar els percentatges i límits de reemborsament de despeses mèdiques, establerts en les cobertures d'aquesta modalitat.
- e) Actualitzar l'import corresponent als actes dentals que es detallen a l'Annex d'actes dentals amb import a càrrec de l'Assegurat o sense.

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 dóna la conformitat a les variacions que, per aquest motiu, es produeixin a l'import de les primes.

Aquestes actualitzacions es fonamentaran en els càlculs tècnic-actuarials necessaris per a determinar la incidència en l'esquema financer-actuarial de l'assegurança; en l'increment del cost de les assistències sanitàries i la seva necessària adaptació per innovacions tecnològiques de nova aparició o utilització posterior a la perfecció del contracte; en l'augment de la freqüència de la sinistralitat de les diferents cobertures de la pòlissa i/o en l'edat aconseguida per cada Assegurat. Els increments de prima podran ser aliens a l'IPC general

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 rebi 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.

Així mateix, l'Asseguradora ha de posar a disposició del Prenedor a la seva àrea privada www.adeslas.es l'import actualitzat corresponent als actes dentals per a la nova anualitat.

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.

Annex d'actes dentals: document integrat en la pòlissa en el qual es descriuen els assistències odontològics que inclou la cobertura de la pòlissa, com també l'import que, si és el cas, hagi de satisfer l'assegurat al professional sanitari o clínica dental concertada que el dugui a terme. Aquests imports són diferents en funció del professional sanitari o la clínica dental que dugui a terme la prestació.

Anualitat: període d'un any, que comptem des de la data en què l'assegurança n'ha iniciat els efectes. Per exemple, de l'1 d'abril de l'any (x) al 31 de març de l'any següent (x+1).

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 integrat 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 en la cobertura econòmica de cada assistència sanitària utilitzada pels Assegurats inclosos a la seva pòlissa. Aquest import és diferent en funció de les diferents classes d'assistències sanitàries i/o especialitats mèdiques i la quantia, que ve determinada a les Condicions Particulars, pot ser actualitzada per cada període d'assegurança en curs.

Franquícia: quantitat que ha d'abonar l'Assegurat en concepte de participació en el cost del assistències sanitàries cobert per la pòlissa. Aquesta quantitat s'haurà d'abonar a l'Asseguradora prèviament per obtenir l'autorització corresponent per dur a terme el assistències sanitàries en qüestió.

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: inclou l'ingrés (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.

Implant quirúrgic: producte sanitari dissenyat per ser implantat totalment o parcialment al cos humà mitjançant una intervenció quirúrgica i destinat a romandre-hi després de la intervenció.

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 haurà de satisfer en concepte de copagament, com a conseqüència de la utilització per part dels Assegurats d'assistències sanitàries ambulatories cobertes per la pòlissa. Aquesta quantitat màxima es computa independentment per a cada Assegurat inclòs a la pòlissa i per cada anualitat de vigència d'aquesta. A aquests efectes, es considera que el copagament correspon a l'anualitat en què es rebí l'assistència sanitària ambulatoria, encara que el pagament efectiu pel Prenedor es produeixi en l'anualitat següent.

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 recullin, 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 Dental: relació editada de professionals i establiments sanitaris propis o concertats per l'Asseguradora corresponents a la província de contractació de la pòlissa, amb l'adreça, telèfon i horari. En aquesta relació es diferencien els professionals o les clíniques dentals en funció de la mena de modalitat que apliquen a l'Assegurat per cada assistència odontològica que se li presti; també s'hi especifiquen el centre o centres permanents d'urgència.

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.

Urgència vital: situació clínica en la qual s'hagi produït una patologia que tingui una naturalesa i uns símptomes que facin sospitar un risc vital imminent o molt proper, o un dany irreparable per a la integritat física de la persona si no s'obté una actuació terapèutica 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 6.1).

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.
- **Pediatría 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. URGÈNCIES

L'assistència sanitària en casos d'urgència es presta als centres d'urgència permanent (24 hores) que s'indiquin al Quadre Mèdic de l'Asseguradora. L'assistència és domiciliària sempre que l'estat del malalt ho requereixi.

2.3. ESPECIALITATS

Assistència sanitària en consultes mèdiques o en règim d'hospitalització (segons el criteri d'un Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora), en les especialitats que indiquem a continuació:

- **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.** Inclou el tractament intraluminal de varices per làser i radiofreqüència, sempre que no sigui per motius estètics.

- **Aparell digestiu.**

- **Cardiologia.**

- **Cirurgia cardiovascular.**

- **Cirurgia general i de l'aparell digestiu.** Inclou la cirurgia bariàtrica per a pacients en els quals hagi fracassat el tractament conservador supervisat per Facultatiu, amb un índex de massa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si s'hi associen comorbiditats superiors.

- **Cirurgia maxil·lofacial.** S'exclou els tractaments estètics. Així mateix, S'exclou la cirurgia ortognàtica, la cirurgia preimplantacional i la cirurgia preprotètica, encara que tinguin una finalitat funcional.

- **Cirurgia pediàtrica.**

- **Cirurgia plàstica reparadora.** S'exclou la cirurgia amb finalitats estètiques, tret de la reconstrucció de la mama afectada després d'una mastectomia i la remodelació de la mama sana contra-lateral, aquesta última amb un límit màxim d'un any després de la cirurgia oncològica, si un informe mèdic ho considera una opció terapèutica. Inclou la pròtesi mamària i els expansors de pell. S'exclou la reconstrucció o simetrització mamària després d'una cirurgia de resecció mamària per patologia benigna, com també les tècniques de lipoinfiltració per a qualsevol mena de patologia. Se n'exclouen les tècniques de lipoinfiltració i la micropigmentació del complex areola mugró. S'exclou el tractament quirúrgic del lipedema.

- **Cirurgia toràcica.**

- **Dermatologia medico-quirúrgica.** Inclou la teràpia foto-dinàmica, la dermatoscòpia digital i la foto-teràpia PUVA i PUVB. S'exclouen en aplicacions cosmètiques o estètiques i com a proves de cribratge. Se n'exclouen els tractaments amb llum polsada intensa (IPL).

- **Endocrinologia i nutrició.**

- **Geriatría.**

- Hematologia i hemoteràpia.
- Immunologia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrologia.
- Neonatologia.
- Pneumologia.
- Neurocirurgia. S'exclou la cirurgia endoscòpica en cirurgia de columna.
- Neurofisiologia clínica.
- Neurologia
- **Obstetrícia i ginecologia.** Vigilància de l'embaràs per Facultatiu Tocòleg. Inclou en cobertura el test de preeclàmpsia (quocient sFlt-1/PIGF), **exclusivament en persones assegurades amb sospita clínica de preeclàmpsia documentada. Se n'exclou la cobertura com a prova de cribratge.**
- **Odontoestomatologia.** Estan cobertes les cures estomatològiques, les extraccions i una neteja de boca cada any. A partir de la primera neteja dins de l'anualitat, cal la prescripció mèdica.
- **Oftalmologia.** Inclou retinografia, tomografia de coherència òptica, ortòptica i pleòptica, cross linking corneal (**exclòs en cas d'èctasi com a conseqüència de qualsevol cirurgia refractiva**), tractament de la degeneració macular associada a l'edat per teràpia fotodinàmica o injecció intravítrea de fàrmacs (en tots dos casos, el cost dels fàrmacs utilitzats són a càrrec de l'Assegurat). **Se n'exclou la correcció quirúrgica de la miopia, hipermetropia o astigmatisme i presbícia, i qualsevol altra patologia refractiva ocular. Se n'exclouen els tractaments amb llum pulsada intensa (IPL).**
- Oncologia mèdica i radioteràpia.
- Otorrinolaringologia. Inclou la radiofreqüència i la cirurgia mitjançant làser de CO₂.
- **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. Comprèn la valoració del Metge rehabilitador i la fisioteràpia amb cobertura de règim ambulatori (**fisioteràpia domiciliària exclosa**), únicament la rehabilitació de l'aparell locomotor, la rehabilitació vestibular, la rehabilitació del sòl pelvià (**exclusivament per a disfuncions produïdes com a conseqüència de l'embaràs i el part, que estiguin coberts prèviament per l'assegurança i a càrrec de l'Asseguradora**) i la rehabilitació cardíaca (**exclusivament per a recuperació immediata en pacients que hagin patit un infart agut de miocardi o cirurgia cardíaca amb circulació extra-corpòria, coberts prèviament per l'assegurança**). En règim d'hospitalització es cobreix únicament la rehabilitació de l'aparell locomotor, respiratòria i cardíaca durant l'episodi d'ingrés que hagi justificat la necessitat d'aquesta rehabilitació. S'inclou el drenatge limfàtic després d'una cirurgia oncològica amb resecció de cadenes ganglionars tant en règim ambulatori com en hospitalització. **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. Cirurgia artroscòpica.** Se n'exclou expressament la infiltració de plasma ric en plaquetes o factors de creixement. S'exclou la cirurgia endoscòpica en cirurgia de columna.

- **Urologia.** Inclou l'ús del làser per tractar quirúrgicament la hiperplàsia benigna de pròstata. **Se n'exclou el tractament quirúrgic prostàtic amb crio-teràpies, radiofreqüència, HIFU (ultrasò focalitzat d'alta intensitat) i termoteràpies.**

2.4. 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 pòlissa.

- **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).

- **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.

Condicions Generals Descriptives de cobertura

- **Pediatría:** inclou controls preventius i de desenvolupament infantil: consulta periòdica amb especialista i exàmens de salut del nadó (detecció de metabolopaties i detecció precoç de la hipoacúsia mitjançant otoemissions acústiques o potencials evocats en cas que calgui).
- **Planificació familiar:** control del tractament amb anovulatoris, implantació i vigilància del DIU (inclou el cost del dispositiu). Inclou la lligadura de trompes i la vasectomia, com també l'estudi diagnòstic de les causes d'esterilitat o infertilitat (estudis serològics i hormonals, cariotip, a més d'histerosalpingografia en la dona i espermograma en l'home. **Se n'exclou expressament la interrupció voluntària de l'embaràs i les reduccions embrionàries, com també els tractaments d'esterilitat o infertilitat i les cirurgies per revertir la lligadura de trompes i la vasectomia.**
- **Prevenió del càncer colo-rectal.** 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 (DE 18 A 30 ANYS)	
Història clínica i exploració general.	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.
ECG.	
RX de Tòrax (segons criteri mèdic).	
Examen Ginecològic amb Citologia Vaginal.	
Agudesa visual.	
Audiometria i Espirometria.	

REVISIÓ 2 (DE 31 A 45 ANYS)

Història clínica i exploració general.	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.
ECG.	
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 (DESDE 46 ANYS)

Història clínica i exploració general.	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. · Urea. · H.D.L. · Fosfatassa alcalina. · Hemorràgies ocultes. · Orina.
ECG.	
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).	
Ecografia Ginecològica.	
Ecografia Prostàtica.	
Agudeses visual.	
Prova d'esforç (segons disponibilitat del centre)	Audiometria i Espirometria.

- **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.

2.5. MITJANS DE DIAGNÒSTIC

2.5.1. Anàlisis clíniques, Anatomia patològica i Cito-patologia. Se n'exclouen les Biòpsies Líquides.

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

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

2.5.4. Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia diagnòstica i terapèutica:

- Immunohistoquímica.
- Ergometria, Holter (**s'exclouen els holter implantables**), estudis electrofisiològics i terapèutics.
- Polisomnografia.
- Endoscòpies digestives, diagnòstiques o terapèutiques:
 - Càpsula endoscòpica per a l'estudi diagnòstic de l'hemorràgia digestiva d'origen no identificat després de colonoscòpia i endoscòpia alta.
 - Ecoendoscòpia.
 - Resecció endoscòpica mucosa o mucosectomia.
 - Dissecció endoscòpica submucosa per extirpar, a tota la via digestiva, lesions pre-malignes o malignes més grans de 2 cm en què s'hagi descartat polipectomia convencional i necessitin tractament quirúrgic.
 - Ablació per radiofreqüència en casos d'esòfag de Barret.
 - **Se n'exclouen les tècniques bariàtriques per endoscòpia.**
- Fibroendoscòpia nasal i fibrobroncoscòpies: diagnòstiques o terapèutiques. Ecobroncoscòpia.
- Elastografia de transició hepàtica (fibroscan) per diagnosticar la fibrosi hepàtica de diferents etiologies, especialment per confirmar la presència de cirrosi, **excloent-ne la malaltia hepàtica alcohòlica.**

Condicions Generals Descriptives de cobertura

- Neuronavegador i monitorització neurofisiològica intraoperatòria: s'hi inclou la neurona vegació quirúrgica no robòtica en intervencions intracranials i en fixacions vertebrals de dos nivells o més o cirurgia oncològica de columna vertebral o medul·la espinal. **No s'hi inclouen altres indicacions de navegació quirúrgica.** S'hi inclou la monitorització neurofisiològica intraoperatòria en les mateixes intervencions i, a més, en cirurgies de tiroïdes i paratiroides i risc del nervi facial perifèric.
- Tomosíntesi de mama.
- 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: esta coberta **exclusivament** per a pacients amb malaltia coronària simptomàtica amb prova d'esforç no conclouent; en pacients asimptomàtics, però amb prova de detecció isquèmica positiva o dubtosa; en cirurgies de recanvi valvular i en valoració d'estenosi per sospita clínica després de la col·locació de stents coronaris o de cirurgia de bypass coronari 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.**
- Ressonància magnètica multiparamètrica.
- Biòpsia prostàtica per fusió d'imatges eco-dirigida, **en casos d'alta sospita clínica de càncer de pròstata (acreditada per valors del PSA*) i amb almenys una biòpsia prostàtica prèvia negativa feta en el decurs dels últims 18 mesos previs a la sol·licitud de la biòpsia per fusió.**
*** Elevació PSA total > 10 ng/ml o elevació persistent (més de sis mesos) del PSA total entre 4 i 10 ng/ml o coeficient PSA lliure/total <20 % (< 0,2).**
- Medicina nuclear. PET/TC. S'hi inclouen **exclusivament** els que es facin amb el radiofàrmac 18F-FDG i en les indicacions clíniques que s'estableixen a la fitxa tècnica d'aquest radiofàrmac i autoritzades per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris i PET/RM **(exclusivament els que es facin amb el radio-fàrmac 18F-FDG en indicacions clíniques oncològiques).** Es dona cobertura a l'SPECT TAC.
- Amniocentesi i cariotips.

Condicions Generals Descriptives de cobertura

- 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.
 - Inclou les plataformes genòmiques de càncer de mama Oncotype i Mammaprint prescrites per especialistes en oncologia mèdica, **únicament** per a casos de càncer de mama en esta-dis inicials (I-II), receptores d'estrògens (RE/ER) positius, HER 2 negatiu i: a) ganglis limfàtics negatius (N0) o b) metàstasi de gangli axil·lar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 amb afectació d'1 a 3 ganglis com a màxim.
 - 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 farmaco-genètica, 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.

2.5.5. Mitjans de diagnòstic intervencionistes: radiologia intervencionista vascular i visceral i hemodinàmica vascular.

Les proves de diagnòstic les han de prescriure, en tots els casos, per Metges o Facultatius del Quadre Mèdic de l'Asseguradora que tinguin a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

2.6. HOSPITALITZACIÓ

Qualsevol mena d'hospitalització es fa a la clínica o a l'hospital concertat amb l'entitat asseguradora. Per fer-ho cal la prescripció prèvia d'un especialista concertat i l'autorització escrita de l'Asseguradora.

L'hospitalització es fa sempre en una habitació individual amb llit per a l'acompanyant, **excepte en les hospitalitzacions psiquiàtriques, a l'UVI i neonatològiques**, i són per compte de l'Asseguradora les despeses derivades de la realització dels mètodes diagnòstics i terapèutics, els tractaments quirúrgics (despeses de quiròfan i medicaments inclosos) i les estades amb la manutenció del malalt, inclosos en la cobertura de la pòlissa. **Se n'exclou l'assistència i el tractament hospitalari per raons de tipus social.**

- **Hospitalització de dia:** tant per a processos quirúrgics com mèdics, incloent-hi els tractaments quimioteràpics en oncologia. Comprèn les despeses d'estada, medicació i mitjans diagnòstics que es facin servir mentre romangui al centre hospitalari.
- **Hospitalització mèdica sense intervenció quirúrgica.** Inclou les diverses especialitats mèdiques per diagnosticar o tractar les patologies mèdiques susceptibles d'ingrés.
- **Hospitalització obstètrica (parts).** Inclou el tractament del ginecòleg obstetra o la llevadora en ingrés hospitalari durant el procés d'embaràs o part, i el niu o la incubadora per al nadó durant l'internament.
- **Hospitalització pediàtrica.** Per a menors de 14 anys. Inclou l'assistència per motiu d'intervenció quirúrgica o malaltia mèdica, tant en hospitalització convencional com en unitats de neonatologia (cures intensives o cures intermèdies).
- **Hospitalització psiquiàtrica.** Exclusivament per als malalts de processos aguts o crònics en període d'agitació, diagnosticats prèviament per un especialista del Quadre Mèdic de l'Asseguradora, en règim d'internament o en hospitalització de dia, amb un límit de cinquanta dies per cada anualitat d'assegurança.
- **Hospitalització quirúrgica.** Inclou les especialitats quirúrgiques per tractar les patologies que ho requereixin, l'estudi preoperatori o preanestèsic (consulta, analítica i electrocardiograma), les visites i les cures del postoperatori immediat, la cirurgia major ambulatoria i, si és el cas, els implants quirúrgics i les pròtesis que s'especifiquen a l'apartat "Implants i pròtesis quirúrgiques" (Condicions Generals Descriptives 2.7) d'aquestes Condicions Generals.
- **Hospitalització en unitat de vigilància intensiva (UVI).**

2.7. IMPLANTS I PRÒTESIS QUIRÚRGIQUES

Els subministren sempre les empreses concertades amb l'Asseguradora. La garantia comprèn, prèvia prescripció escrita d'un Metge especialista del Quadre Mèdic, les pròtesis internes i els materials implantables, que s'indiquen expressament a continuació:

- **Cardiovasculars:** marcapassos (monocamerals, bicamerals i marcapassos amb teràpia de re-sincronització cardíaca), vàlvules cardíques mecàniques, biològiques xenòlogues i anells per a valvuloplàstia, conducte valvulat, stent coronari (medicalitzat o no medicalitzat), pròtesi de bypass vascular i endopròtesis (stents) vasculars. Substituts del pericardi (sintètics i biològics xenòlegs) i filtre de vena cava. **Se n'exclouen els marcapassos amb tecnologia sense cable, els desfibril·ladors automàtics implantables (DAI) i les vàlvules cardíques transcatèter.** S'hi inclouen els coils (materials d'embolització, de tipus líquid o dispositiu). S'hi inclouen els dispositiu oclusors cardíacs **exclusivament per al tractament de la comunicació interauricular, comunicació interventricular i ductus persistents.**

Se n'exclouen els dispositius de tipus Amplatzer i similars, i els perifèrics i cardíacs (aquests dispositius es cataloguen com a dispositius oclusors / tap cardíac i vasculars) per a altres indicacions no especificades a la cobertura. Se n'exclouen les partícules alliberadores de fàrmacs.

- **Digestius:** endopròtesi (stents) biliopancreàtica, esofàgica, duodenal i colo-rectal **exclusivament en casos d'estenosi per patologia neoplàsica maligna i després de perforació per procés endoscòpic que hagi anat a càrrec de l'Asseguradora. Se n'exclouen tots els dispositius i pròtesis que es facin servir com a teràpia de buit intraluminal.**

- **Implants neurològics:** sistemes de derivació de líquid cefalorraquidi, incloent-hi els reservoris.

- **Implants otorrinolaringològics:** tubs de drenatge transtimpànics. Pròtesi d'oïda mitjana per a la reconstrucció ossicular (martell, enclusa i estrep).

- **Implants reparadors:**

- Pròtesi mamària i expansors cutanis incloent-hi malles biològiques de recobriment mamari per reconstruir la mama afectada després d'una mastectomia i remodelar la mama sana contra-lateral, aquesta última, amb un **límit màxim d'un any després de la cirurgia oncològica, si es considera com a opció terapèutica mitjançant un informe mèdic.**
- Malles sintètiques per reconstruir la paret abdominal o toràcica.

- **Oftalmològics:** lents intraoculars (mono-focals i bifocals) per corregir l'afàquia després d'una cirurgia de cataractes. **Se n'exclouen les lents tòriques, mono-focals de rang estès, lents EDOF (de profunditat de focus estesa), tri-focals i altres lents amb correcció visual afegida.**

- **Osteoarticulars:** pròtesis internes traumatològiques, el material d'osteosíntesi i el material osteotendinós biològic obtingut de bancs de teixits autoritzats a la Unió Europea. **Se n'exclouen els fixadors externs i els dispositius d'elongació de l'os intramedul·lars guiats per dispositius electrònics.**

- **Quimioteràpia o tractament del dolor: reservoris implantables (ports).**

- **Urològics i geniturinaris:** pròtesis testiculars després d'una orquiectomia **exclusivament després d'un procés tumoral o torsió testicular.** Banda de fixació per a incontinència d'esforç quan hagi fracassat el tractament conservador o el farmacològic.

El cost de qualsevol altra mena d'implant quirúrgic, material biològic, pròtesis externes, fixadors externs, ortesis i ortopròtesis no inclosos en el detall anterior és a càrrec de l'Assegurat.

2.8. TRACTAMENTS ESPECIALS

La cobertura de l'assistència sanitària també inclou la dels tractaments següents que, en tots els casos, ha de prescriure el Metge del Quadre Mèdic de l'Asseguradora que té a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha d'estar coberta per la pòlissa.

- **Hemodiàlisi** per a insuficiències renals agudes o cròniques.

- **Laserteràpia**. Inclou la foto-coagulació en oftalmologia (**Se exclou el làser de femtosegon en cirurgia de cataractes**), la cirurgia en colo-proctologia, les intervencions quirúrgiques en ginecologia, otorrinolaringologia i dermatologia, com també el làser en rehabilitació musculoesquelètica, en les intervencions per a la hiperplàsia benigna de pròstata, en la litotrícia de la via urinària i en el tractament endoluminal de les varices i les lesions traqueobronquials. **Se n'exclouen expressament totes les tècniques quirúrgiques o terapèutiques que facin servir el làser i no s'inclouin en el detall anterior.**

- **Litotrípsia renal**.

- **Logopèdia i foniatria**. Inclou el tractament de patologies del llenguatge, de la parla i de la veu de causa orgànica i trastorns funcionals. **Se n'exclouen els tractaments quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que sigui possible, o quan esdevingui teràpia de manteniment.** També es dona cobertura logopèdica per deglució atípica **per a menors de 14 anys, fins a un màxim de 20 sessions per Assegurat i anualitat. Se n'exclou el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discalculia), excepte a través del mòdul de cobertura de reemborsaments de despeses, indicat a l'apartat "Logopèdia i Foniatria" (Condicions Descriptives de Cobertura 3.2).**

- **Nucleotomia percutània**.

- **Oncologia radioteràpica**. Inclou cobaltoteràpia, braquiteràpia, isòtops radioactius i accelerador lineal: irradiació corporal (bany d'electrons); radio-cirurgia i radioteràpia estereotàctica en els tumors intracranials; radioteràpia externa conformacional; radioteràpia extereotàctica corporal; radioteràpia amb intensitat modulada amb control d'imatge i moviment, i la radioteràpia intraoperatoria. **Se n'exclou la radioteràpia per a processos benignes no oncològics, tret d'emergències per compressió medul·lar i la teràpia amb feix de protons o neutrons.**

- **Ones de xoc** per a calcificacions musculotendinoses.

- **Quimioteràpia**. En règim d'internament o en hospitalització de dia. L'Asseguradora només assumeix les despeses de medicaments classificats com a citostàtics, comercialitzats a Espanya i que estiguin autoritzats pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Inclou els reservoris implantables (port-a-cath). **Se n'exclouen expressament els tractaments quimioteràpics intraoperatoris, com ara la quimioteràpia intraperitoneal.**

-**Teràpies respiratòries a domicili.** Inclou oxigenoteràpia (líquida, amb concentrador o gasosa), aerosolteràpia (en aquest cas, la medicació és a càrrec de l'Assegurat), ventilació amb pressió positiva contínua en via aèria (CPAP) i ventilació amb dispositius binivell (BIPAP).

- **Tractament del dolor.** Inclou els reservoris implantables (port-a-cath). **Se n'exclouen les bombes implantables per a perfusió de medicaments i els elèctrodes d'estimulació medul·lar.**

- **Transfusions de sang o plasma.**

Els tractaments anteriors els han de prescriure, en tots els casos, per Metges o Facultatius del Quadre Mèdic de l'Asseguradora que tinguin a càrrec seu l'assistència de l'Assegurat, assistència que ha de cobrir la pòlissa.

2.9. TRASPLANTAMENTS D'ÒRGANS, TEIXITS I CÈL·LULES D'ORIGEN HUMÀ

L'assegurança inclou **únicament** les actuacions mèdiques i quirúrgiques sobre l'Assegurat que calguin per fer-li un trasplantament autòleg de medul·la òssia o un trasplantament de còrnia, amb les gestions administratives que això comporti.

Se n'exclouen altres trasplantaments o autotrasplantaments d'òrgans, teixits o cèl·lules que no estiguin indicats en el detall anterior. Així mateix, s'exclouen en tots els trasplantaments d'òrgans les actuacions mèdiques i quirúrgiques que s'hagin de fer sobre la persona del donant, sigui Assegurat o no, per extreure l'òrgan que s'hagi de trasplantar a una altra persona, i les actuacions corresponents a conservar i traslladar l'òrgan.

2.10. COBERTURES ACCESSÒRIES

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

- **Ambulàncies.** Per traslladar, dins de la província de residència, els malalts amb Un estat físic que ho requereixi. **L'assegurança cobreix exclusivament el desplaçament de l'Assegurat des del domicili fins al hospital i viceversa, i només per a ingrés hospitalari o assistència d'urgència.** Cal que ho prescrigui un Metge o Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora, excepte en cas d'urgència. **Se n'exclouen les despeses de transport de l'Assegurat al centre i viceversa en casos de rehabilitació, fisioteràpia i diàlisi.**

- **Cirurgia Robòtica en Ginecologia:** s'inclou la cirurgia robòtica per a càncer del cos uterí, càncer d'endometri, càncer de cèrvix i endometriosis **exclusivament de Grau IV o severa** (lesions extenses amb múltiples adherències i afectació d'altres òrgans), als centres concertats per fer-ho i que figuren identificats degudament al Quadre Mèdic de l'Asseguradora.

Condicions Generals Descriptives de cobertura

Per accedir a aquesta assistència sanitària cal:

- La prescripció per part d'un Metge o Facultatiu especialista en ginecologia del Quadre Mèdic de l'Asseguradora.
- El pagament previ per part de l'Assegurat a l'Asseguradora d'una **franquícia per un import de 6.000 euros**.
- L'autorització prèvia emesa per l'Asseguradora.

- **Cirurgia Robòtica en Cirurgia Toràcica:** s'inclou la cirurgia robòtica **exclusivament per a lobectomia pulmonar i segmentectomia pulmonar** als centres concertats per fer-ho i que figuren identificats degudament al Quadre Mèdic de l'Asseguradora.

Per accedir a aquesta assistència sanitària cal:

- La prescripció per part d'un Metge o Facultatiu especialista en cirurgia toràcica del Quadre Mèdic de l'Asseguradora.
- El pagament previ per part de l'Assegurat a l'Asseguradora d'una **franquícia per un import de 8.000 euros**.
- L'autorització prèvia emesa per l'Asseguradora.

- **Cirurgia Robòtica en Urologia:** queda inclosa la cirurgia robòtica **exclusivament** per a les indicacions que es detallen a continuació i als centres concertats per a això i que figuren degudament identificats al Quadre Mèdic.

Per accedir a aquesta cobertura caldrà:

- La prescripció per part d'un Facultatiu especialista en Urologia i/o nefrologia del Quadre Mèdic.
- El pagament previ per l'Assegurat i l'Asseguradora d'una **franquícia per import de 6.000 euros**.
- L'autorització prèvia emesa per l'Asseguradora.

L'ús de sistemes robòtics en cirurgia s'inclou **exclusivament** per a les indicacions següents:

- En el tractament quirúrgic del càncer de pròstata mitjançant prostatectomia radical en aquells casos que compleixin tots els criteris següents:
 1. Diagnòstic de tumor maligne prostàtic localitzat o localment avançat i de risc baix-intermedi.
 2. PSA menor o igual a 20 ng/ml en el moment de la indicació quirúrgica.
 3. Absència d'afectació extracapsular i/o de vesícules seminals a l'ecografia transrectal o mitjans d'imatge (tumor estadificat com T1 o T2) grau ISUP 1-2-3/Gleason menor o igual a 7.

- 4. Absència d'evidència de metàstasi i/o invasió limfàtica (tumor estadificat com a N0 i M0).
- 5. Risc anestèsic del pacient ASA menor a III.
- En el tractament quirúrgic, mitjançant nefrectomia parcial, del carcinoma renal **(exclusivament en tumors menors de 4 cm en el diàmetre més gran)**.
- **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 procés del part.
- **Podologia. Exclusivament tractaments de quiropòdia en consulta. Amb un màxim de dotze sessions per cada anualitat d'assegurança.**

3. Cobertures de reemborsament de despeses

3.1. REHABILITACIÓ, FISIOTERÀPIA I PODOLOGIA

A través d'aquesta cobertura, l'Asseguradora garanteix, amb els percentatges i els límits econòmics (per cada anualitat i persona) que s'indiquen al punt següent, el reemborsament de les despeses sanitàries que hagi sufragat l'assegurat per haver rebut, en territori nacional i per part de facultatius o professionals sanitaris no inclosos al Quadre Mèdic de l'Asseguradora, qualsevol dels assistències sanitaris següents:

- **Rehabilitació i fisioteràpia: inclou**
 - Consultes ambulatories dutes a terme per metges especialistes en medicina física i rehabilitació.
 - Procediments diagnòstics o terapèutics fets a la consulta per metges especialistes en medicina física i rehabilitació.
 - Sessions fetes en règim ambulatori per professionals fisioterapeutes titulats de:
 - Fisioteràpia de l'aparell locomotor, sempre que l'hagi prescrit un especialista en Rehabilitació, Reumatologia o Traumatologia que pertanyi al Quadre Mèdic de l'Asseguradora.
 - Fisioteràpia per a la rehabilitació del sòl pelvià. Només s'inclouen en aquesta cobertura quan la finalitat de la sessió és tractar les disfuncions produïdes com a conseqüència d'un embaràs i un part, sempre que prèviament hagin estat coberts per l'Asseguradora i les sessions les hagi prescrit un Especialista en Medicina Física i Rehabilitació o en ginecologia que per tanyi al Quadre Mèdic de l'Asseguradora.
- **Podologia, inclou exclusivament, els tractaments de quiropòdia que faci a la consulta un podòleg titulat.**

PERCENTATGES DE REEMBORSAMENT I LÍMITS ECONÒMICS

El reemborsament de despeses que garanteix l'Asseguradora pels assistències sanitaris que es descriuen a l'apartat anterior és del **cinquanta per cent (50%) de l'import del cost del assistència sanitari** cobert que s'hagi rebut per persona i anualitat, tenint en compte els límits econòmics que s'indiquen a continuació:

- **Rehabilitació i fisioteràpia: 500 euros**
- **Podologia: 200 euros**

Quan s'arribi a aquests límits, s'entén que les obligacions de reemborsament de l'Asseguradora s'han acabat.

3.2. LOGOPÈDIA I FONIATRIA

L'Asseguradora garanteix, en les condicions i amb els límits i els requisits que es detallen següentment, el reemborsament de les despeses sanitàries que sufragui l'Assegurat per rebre, en territori nacional, els assistències sanitaris de Logopèdia i Foniatria per tractar patologies del llenguatge, de la parla i de la veu de causa orgànica i trastorns funcionals. S'hi inclou també la logopèdia per deglució atípica i el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discàlculia) per a menors de 14 anys d'edat.

PERCENTATGE DE REEMBORSAMENT I LÍMITS ECONÒMICS

La referida cobertura comprèn el **reemborsament del 50%, amb un límit de 500 euros** per persona i anualitat d'assegurança.

Quan s'arribi a aquests límits, s'entén que les obligacions de reemborsament de l'Asseguradora s'han acabat.

3.3. FARMÀCIA EXTRAHOSPITALÀRIA

L'Asseguradora garanteix, en les condicions i amb els límits i els requisits que es detallen següentment, la cobertura de la prestació farmacèutica extrahospitalària que necessitin els Assegurats.

PERCENTATGES DE REEMBORSAMENT O LÍMITS ECONÒMICS

Aquesta cobertura inclou el **reemborsament del 50%, amb un límit de 200 euros** per persona i anualitat d'assegurança, dels medicaments dispensats en farmàcies, prescrits per un facultatiu i que en la data de la dispensació estiguin dins dels que finança el Sistema Nacional de Salut i que siguin necessaris per als tractaments o les patologies que cobreix la pòlissa.

4. Cobertura d'assistència dental

L'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat l'assistència dental corresponent d'entre les que s'inclouen a l'Annex d'actes dentals adjunt a aquestes Condicions Generals.

Aquesta assistència dental es presta a través dels professionals i els centres sanitaris que inclou el Quadre Dental. A l'Annex esmentat s'especifiquen els imports que ha d'abonar l'Assegurat que rep l'assistència dental. Aquests imports són diferents en funció del professional o la clínica dental que proporcioni l'assistència dental. Aquests actes els ha d'abonar directament l'Assegurat al prestador sanitari que li hagi dispensat l'assistència.

Quan l'Assegurat es desplaci a una província diferent de la de contractació de la pòlissa ha de sol·licitar de l'Asseguradora l'Annex d'actes dentals aplicable en aquesta província. Pot consultar la relació d'actes dentals a través de l'àrea privada a www.adeslas.es

5. Cobertura d'assistència en viatge a l'estranger

5.1. DISPOSICIONES PREVIAS

5.1. DISPOSICIONS PRÈVIES

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

- **Assegurat:** la persona física, beneficiària de l'assegurança d'assistència sanitària de SegurCaixa Adeslas.

- **Àmbit territorial:** les cobertures són exigibles a tot arreu, fins i tot a Espanya, excepte les cobertures en les quals s'indiqui que només són vàlides a l'estranger. La seva durada va lligada a la de l'assegurança d'assistència sanitària.

- **Límits de les garanties i moneda que s'hi aplica:** els límits econòmics de les garanties que recull l'apartat "Garanties, límits i exclusions d'Assistència en Viatge" són els que, per a cada garantia, s'especifiquen en aquest apartat. **Per a les garanties en les quals no hi ha un límit quantitatiu i s'indiquen com a incloses, s'entendrà que el límit màxim de les cobertures serà el cost efectiu de la prestació de l'assistència que haurà de fer l'Asseguradora.** En qualsevol cas, tots els límits d'aquesta pòlissa són per sinistre ocorregut i Assegurat. La moneda aplicable a totes les garanties és l'euro, per la qual cosa els límits s'expressaran en aquesta moneda, amb independència que per a les prestacions que hagi de pagar l'Asseguradora en una altra moneda, s'hi aplicarà el seu contra-valor en euros en la data d'ocurrència del sinistre.

- **Validesa:** per poder beneficiarse de les prestacions garantides, l'Assegurat no ha d'excedir els 90 dies consecutius per viatge o desplaçament.

5.2. GARANTIES, LÍMITS I EXCLUSIONS D'ASSISTÈNCIA EN VIATGE

Les garanties cobertes que es relacionen a continuació contenen les seves exclusions específiques, en el cas que existeixin, sent així mateix d'aplicació les exclusions comunes indicades en l'apartat "Exclusions de la cobertura assistència en viatge a l'estranger" (Condicions Generals Descriptives 6.3) d'aquestes Condicions Generals.

A. GARANTIES D'ASSISTÈNCIA MÈDICA I EN VIATGES

A.1. Despeses mèdiques, farmacèutiques o d'hospitalització a l'estranger

Si a conseqüència d'una malaltia o d'un accident, cobert per la pòlissa i ocorregut durant el viatge, l'Assegurat necessita assistència mèdica, quirúrgica, farmacèutica o hospitalària, l'Asseguradora es farà càrrec de:

- a) Les despeses i honoraris mèdics i quirúrgics.
- b) Les despeses farmacèutiques prescrites per un metge.
- c) Les despeses d'hospitalització.

La quantitat màxima coberta per Assegurat, pel conjunt de despeses esmentades que es produeixin a l'estranger, és de 30.000 euros.

A.2. Despeses odontològiques d'urgència en el viatge a l'estranger

En el supòsit de viatge a l'estranger, l'Asseguradora es farà càrrec de les despeses de tractament a conseqüència de l'aparició de problemes odontològics aguts com infeccions, dolors, trencament de peces, caiguda d'empastaments, etc..., que requereixin un tractament d'urgència, **amb un límit de 300 euros.**

A.3. Trasl·lat sanitari o repatriació mèdica

En cas que l'Assegurat tingui una malaltia o un accident, l'Asseguradora es farà càrrec:

- a) De les despeses de transport en ambulància fins a la clínica o l'hospital més proper.
- b) Del control per part de l'equip mèdic en contacte amb el metge que atengui l'Assegurat ferit o malalt, per determinar les mesures més convenients, el millor tractament per seguir i el mitjà més idoni per fer-ne el trasllat eventual fins a un altre centre hospitalari més adequat o fins al domicili.

c) De les despeses de trasllat en el mitjà de transport més adequat, del ferit o el malalt, fins al centre hospitalari prescrit o el domicili habitual. Si l'Assegurat és ingressat en un centre hospitalari no proper al domicili, l'Asseguradora s'haurà de fer càrrec quan serà el moment del subsegüent trasllat al centre. L'Asseguradora procedirà al trasllat, amb atenció medico-sanitària si és el cas, de l'Assegurat que hagi tingut un accident o una malaltia greu, que exigeixi cures vitals, i sempre que així ho decideixin de les assistències mèdics de l'Asseguradora en col·laboració amb el metge que tracti l'Assegurat, quan no pugui pro-seguir el viatge pels seus propis mitjans, fins a un centre hospitalari a Espanya.

El mitjà de transport utilitzat a Europa i als països de la ribera del Mediterrani, quan la urgència i la gravetat del cas ho requereixin, serà l'avió sanitari especial.

En la resta del món, es farà en avió de línia regular o en els mitjans més ràpids i adequats, segons les circumstàncies.

Així mateix, en la resta del món, si la gravetat de les lesions ho exigeix, el trasllat es farà en avió sanitari especial, **amb un límit de 150.000 euros**.

A.4. Despeses de retorn per alta hospitalària

L'Asseguradora es farà càrrec de les despeses de retorn de l'Assegurat que, a causa d'un accident o una malaltia coberts per la pòlissa, hagi estat hospitalitzat i donat d'alta i, com a conseqüència, hagi perdut el bitllet de retorn a Espanya per la impossibilitat de presentarse en el mitjà de transport corresponent a la data i l'hora assignades en el bitllet de tornada. **El límit per a aquesta garantia és de 900 euros.**

A.5. Tramesa d'un metge especialista a l'estranger

Si l'estat de gravetat de l'Assegurat no en permetés el trasllat sanitari a Espanya segons el que es disposa a la garantia A.3, i l'assistència que se li pogués prestar localment no fos prou idònia des del punt de vista de les assistències mèdics de l'Asseguradora, aquest enviarà un metge especialista al lloc on es trobi l'Assegurat per atendre'l sanitària-ment, fins que es pugui procedir a la repatriació mèdica.

A.6. Tramesa de medicament a l'estranger

L'Asseguradora enviarà un medicament necessari per a la cura de l'Assegurat, sempre que no es pugui obtenir on s'estigui l'Assegurat, malalt o accidentat, sota les condicions de la garantia A.1.

A.7. Consulta o assessorament mèdic a distància

Si l'Assegurat necessita durant el viatge una informació de caràcter mèdic que no li fos possible obtenir localment, podrà demanar-la telefònicament a l'Asseguradora, el qual la proporcionarà a través de les seves centrals d'assistència, sense assumir cap responsabilitat per aquesta informació, atesa la impossibilitat de diagnòstic telefònic.

A.8. Bestreta de fiances per hospitalització a l'estranger

Quan per accident o malaltia coberts per la pòlissa, durant un viatge a l'estranger, l'Assegurat hagi de ser ingressat en un centre hospitalari, l'Asseguradora es farà càrrec, **fins al límit fixat per a la garantia primera**, de la fiança que el centre demandi per procedir a l'admissió de l'Assegurat.

A.9. Prolongació d'estada

Si, després d'estar hospitalitzat per un risc cobert per la pòlissa i ser donat d'alta, l'Assegurat es veïés impossibilitat per pro-seguir el viatge per prescripció mèdica i necessitats allotjar-se en un hotel per a la seva convalescència, l'Asseguradora satisfarà les despeses d'allotjament i manutenció, **fins a 80 euros per dia i per Assegurat amb un màxim de deu dies per estància**.

A.10. Despeses de desplaçament d'un acompanyant

Si l'Assegurat hagués de ser hospitalitzat, com a conseqüència de l'esdeveniment d'un risc cobert per la pòlissa, per un temps previst superior a cinc dies, l'Asseguradora facilitarà a la persona amb domicili a Espanya que l'Assegurat indiqui un bitllet d'anada i tornada en ferro-carril (primera classe), avió (classe turista) o del mitjà de transport públic i col·lectiu més idoni, perquè acudeixi junt amb l' hospitalitzat.

A.11. Despeses d'estada per a acompanyant de l'Assegurat hospitalitzat

En el cas previst a la garantia anterior, l'Asseguradora satisfarà les despeses d'allotjament i manutenció de l'acompanyant al mateix hospital en què estigui l'Assegurat, sempre que sigui possible, i si no a l'establiment que triï l'acompanyant, **fins a 80 euros per dia amb un màxim de deu dies per estància**.

Aquesta garantia serà aplicable fins i tot si l'acompanyant estigués viatjant amb l'Assegurat.

A.12. Despeses de retorn d'acompanyants

En cas que l'Assegurat fos hospitalitzat o traslladat, a causa d'accident o malaltia greu cobert per la pòlissa, i viatgés amb el cònjuge o parella de fet o familiars directes en primer grau, i aquests no poguessin prosseguir el viatge en el mitjà de locomoció que estiguessin fent servir, l'Asseguradora organitzarà i prendrà a càrrec seu el trasllat al seu lloc d'origen o al de destinació, o fins al lloc on estigui hospitalitzat l'Assegurat repatriat, triat pels acompanyants.

A.13. Retorn de menors

Si l'Assegurat viatgés en companyia de fills menors de 18 anys i quedessin sense assistència a causa d'accident, malaltia o trasllat de l'Assegurat cobert per la pòlissa, sense poder continuar el viatge, l'Asseguradora organitzarà i prendrà a càrrec seu el retorn dels fills al domicili familiar o fins al lloc d'inhumació, i satisfarà les despeses de viatge del familiar o amic, amb domicili a Espanya, que designi l'Assegurat perquè els acompanyi, si calgués.

Si l'Assegurat no pogués designar ningú, l'Asseguradora proporcionarà un acompanyant.

A.14. Retorn anticipat de l'Assegurat a causa de la defunció d'un familiar

Si l'Assegurat ha d'interrompre el viatge per defunció del cònjuge o la parella de fet, ascendants o descendents en primer grau de consanguinitat o afinitat de qualsevol dels Assegurats, l'Asseguradora li facilitarà un bitllet d'anada i tornada en ferrocarril (primera classe), avió (classe turista) o el mitjà de transport públic i col·lectiu més adequat, per acudir fins al lloc d'inhumació a Espanya del familiar mort, i si és el cas, un bitllet de tornada al lloc on era en el moment de produir-se el succés, si per motius professionals necessita prosseguir el viatge.

Aquesta garantia s'estén excepcionalment en el supòsit de greus danys materials al domicili familiar a Espanya.

A.15. Fiances i despeses processals

L'Asseguradora anticiparà a l'Assegurat, amb la garantia prèvia formal de procedir a la devolució de les quantitats que se li prestin en el **termini de seixanta dies**, l'import corresponent a les despeses de defensa jurídica, **fins a 15.000 euros**, així com el de les fiances penals que aquest es veiés obligat a constituir, com a conseqüència d'un procediment judicial instruït amb motiu d'un accident d'automòbil esdevingut fora del país de residència i/o domicili habitual de l'Assegurat, **fins a un màxim de 10.000 euros**.

A.16. Bestreta de Fons

L'Asseguradora anticiparà fons a l'Assegurat en cas de necessitat, **fins a un límit de 1.500 euros**. L'Asseguradora sol·licitarà alguna mena d'aval o garantia que li asseguri el cobrament de la bestreta. En qualsevol cas, les quantitats anticipades les haurà de tornar l'Assegurat a l'Asseguradora en el termini **màxim de 30 dies**.

A.17. Ajut familiar

Si per l'aplicació de les cobertures "A.10. Despeses de desplaçament d'un acompanyant" o "B.2. Acompanyament de restes mortals", l'Assegurat hagués de viatjar juntament amb el cònjuge o la parella de fet i això comportés que els fills menors de quinze anys quedessin sols al domicili familiar, l'Asseguradora es farà càrrec de les despeses d'una persona perquè se'n cuidi, **fins a un màxim de 60 euros per dia, amb un màxim de set dies**.

A.18. Tramesa d'objectes oblidats durant el viatge

En cas que l'Assegurat hagués oblidat durant el viatge equipatge o objectes personals, l'Asseguradora n'organitzarà i n'assumirà la tramesa fins al domicili a Espanya de l'Assegurat, **amb un màxim de 120 euros**. Aquesta garantia també s'estén als objectes que li haguessin robat durant el viatge i s'haguessin recuperat posteriorment.

A.19. Pèrdua de documents personals

En cas que l'Assegurat extraviés o li sostraguessin durant el transcurs d'un viatge per l'estranger documents personals com passaports, visats, targetes de crèdit o documents d'identificació imprescindibles, l'Asseguradora col·laborarà en les gestions de denuncia davant de les autoritats o organismes públics o privats necessaris, i també es farà càrrec de les despeses ocasionades per la no va expedició d'aquests **fins al límit de 120 euros**.

B. GARANTIES EN CAS DE DEFUNCIÓ

B.1. Trasllat o repatriació de restes mortals

Si, en el transcurs d'un viatge cobert per la pòlissa, es produís la defunció de l'Assegurat, l'Asseguradora es farà càrrec dels tràmits i les despeses necessàries per traslladar-ne les restes mortals fins al lloc d'inhumació a Espanya. **Se n'exclouen les despeses d'inhumació i cerimònia, i també el cost del taüt**.

B.2. Acompanyant de restes mortals

Si no hi ha ningú que acompanyi les restes mortals de l'Assegurat mort en el trasllat, l'Asseguradora facilitarà a la persona amb domicili a Espanya que designin els familiars per acompanyar el cadàver, un bitllet d'anada i tornada en ferrocarril (primera classe), avió (classe turista) o del mitjà de transport públic i col·lectiu més idoni.

B.3. Despeses d'estada de l'acompanyant de restes mortals

Si no es denegué la cobertura anterior, si l'acompanyant hagués de romandre al lloc de l'esdeveniment de la defunció, per tràmits relacionats amb el trasllat de les restes mortals de l'Assegurat, l'Asseguradora es farà càrrec de les despeses d'estada i manutenció, **fins a 80 euros per dia, amb un màxim de tres dies.**

B.4. Retorn d'acompanyants del difunt

Si l'Assegurat mort viatgés en companyia de la parella o familiars, l'Asseguradora organitzarà i prendrà a càrrec seu les despeses de retorn en el mitjà de transport públic i col·lectiu més idoni, fins al domicili familiar o fins al lloc d'inhumació, sempre que no poguessin prosseguir el viatge en el mitjà de locomoció que estiguessin utilitzant.

C. GARANTIES D'INCIDÈNCIES EN VIATGES I VOLS

C.1. Pèrdua d'equipatges facturats en transport públic

En cas de pèrdua total o parcial d'equipatges o efectes personals que s'haguessin facturat en transport públic, i sempre que aquesta pèrdua fos responsabilitat del transportista, l'Asseguradora satisfarà la indemnització corresponent, **amb un límit de 300 euros per paquet i fins al màxim de 600 euros**, la qual serà sempre en excés de la percebuda del transportista i amb caràcter complementari. Per a l'obtenció d'aquesta garantia, serà requisit-imprescindible que l'Assegurat presenti els justificants acreditatius de la pèrdua i la indemnització rebuda, si és el cas, expedits pel transportista.

C.2. Demora en el lliurament d'equipatges facturats en transport públic

En cas de demora en el lliurament d'equipatge facturat en transport públic **superior a 12 hores**, l'Asseguradora es farà càrrec de l'import dels articles de primera necessitat que l'Assegurat necessités adquirir amb motiu de la falta temporal del seu equipatge, **amb un màxim de 120 euros**, i serà requisit imprescindible que aquests articles siguin adquirits dins del termini de demora patit.

L'Assegurat haurà d'aportar la documentació acreditativa de la demora corresponent, expedida pel transportista, i les factures dels objectes adquirits. Aquest reemborsament serà deduïble de la indemnització que correspongui en cas de pèrdua de conformitat amb la cobertura anterior.

C.3. Demora del viatge

En cas de demora **superior a 12 hores** en la sortida de l'avió, tren de llarg recorregut o vaixell de línia regular en viatges, i sempre que l'Assegurat en tingui bitllet confirmat prèviament, l'Asseguradora satisfarà la indemnització corresponent, **fins al límit de 120 euros**.

C.4. Cancel·lació de viatge per part del transportista

Si es produís la cancel·lació efectiva del viatge de l'Assegurat amb bitllet confirmat, en avió, tren de llarg recorregut o vaixell de línia regular, l'Asseguradora satisfarà la indemnització corresponent, **fins al límit de 120 euros**. Als efectes d'aquesta garantia s'entén per cancel·lació efectiva la suspensió total del transport que impossibiliti el viatge de l'Assegurat en el mitjà contractat amb, almenys, dotze hores de diferència (o que passi una nit encara que no superi aquestes hores), respecte de l'horari de sortida previst inicialment.

C.5. Pèrdua de connexions

Si es produís la falta de connexió entre dos trajectes en avió, tren de llarg recorregut o vaixell de línia regular confirmats prèviament per endarreriment del transport inicial, l'Asseguradora satisfarà la indemnització corresponent a l'Assegurat, **fins al límit de 120 euros**.

C.6. Reemborsament de les despeses d'interrupció del viatge iniciat a l'estranger

En cas que l'Assegurat hagués d'interrompre el viatge per l'estranger ja iniciat amb anterioritat a l'ocurrència del sinistre, a causa de la defunció o hospitalització per malaltia greu o accident d'ell o de la parella, així com dels familiars que convisquin al domicili familiar, l'Asseguradora prendrà a càrrec seu les quantitats que a causa d'aquesta interrupció hagués de satisfer l'Assegurat, **fins al màxim de 600 euros**.

Serà requisit imprescindible per tenir dret a aquesta garantia que aquestes quantitats les hagi abonat prèvia.

D. GARANTIES D'ASSISTÈNCIA EN VIATGE

D.1. Tràmits administratius per hospitalització a l'estranger

L'Asseguradora col·laborarà en la gestió de tots els tràmits administratius que calguin per formalitzar l'admissió de l'Assegurat al centre hospitalari, demanant ho prèviament a la central d'assistència de l'Asseguradora.

D.2. Localització d'equipatges o objectes personals perduts

L'Asseguradora posa a disposició de l'Assegurat la seva xarxa de centrals d'assistència per a totes les gestions de cerca i localització que calguin en cas de pèrdua d'equipatges o efectes personals, sempre que sigui a causa del transportista; també facilitarà la seva col·laboració perquè l'Assegurat en faci la denúncia o reclamació corresponentment l'Assegurat, i haurà de presentar-ne el justificant corresponent.

D.3. Servei d'informació al viatger

L'Asseguradora facilitarà telefònicament informació bàsica a l'Assegurat sobre expedició de passaports, visats requerits, vacunacions recomanades o obligatòries, canvis de moneda, consolsats i ambaixades espanyoles al món i, en general, dades informatives d'utilitat al viatger, prèviament a l'inici d'un viatge o durant el viatge.

D.4. Servei d'informació assistencial

L'Asseguradora, autoritzant ho prèviament l'Assegurat, posarà a disposició dels seus familiars la seva xarxa de centrals d'assistència per facilitar tota la informació que sigui necessària sobre totes les operacions d'assistència i ajuda desenvolupades.

D.5. Transmissió de missatges urgents

L'Asseguradora posarà a disposició de l'Assegurat la seva xarxa de centrals d'assistència per transmetre tots els missatges urgents que calguin, derivats de l'aplicació de les cobertures.

D.6. Guia de països

L'Asseguradora posarà a disposició dels Assegurats informació actualitzada web de països de destinació. L'accés es farà mitjançant la introducció de la clau d'accés corresponent. Aquest web conté informació sobre les vacunes recomanades i informació sobre malalties de la zona. Addicional-ment, s'inclouran recomanacions sobre l'assistència sanitària al país, com també adreces i telèfons de contacte en cas d'emergències. Es completarà la informació amb consells generals, i també aspectes culturals, ambaixades, moneda, festivitats locals i clima.

6. Exclusions de la cobertura d'assistència sanitària, dental i assistència en viatge a l'estranger

A més de les limitacions i exclusions específiques que hem indicat en els apartats "Cobertura d'assistència sanitària", "Cobertura d'assistència dental" i "Cobertura d'assistència en viatge a l'estranger" (Condicions Generals Descriptives 2, 4 i 5) d'aquestes Condicions Generals, la pòlissa té també les següents exclusions:

6.1. EXCLUSIONS ESPECÍFIQUES DE LA COBERTURA D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

A. 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.

B. 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.

C. 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.

D. L'assistència sanitària derivada d'alcoholisme crònic o addicció a drogues o psicofàrmacs de qualsevol mena.

E. 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 toireig o correbous, arts marcial, espeleologia, submarinisme, escalada, sal de pont, parapent, paracaigudisme, barranquisme, ràfting, vol sense motor o qualsevol altra de naturalesa anàloga.

F. L'assistència sanitària de tota mena de malalties, estats de salut, lesions, defectes o deformacions congènites o preexistents en la data d'efecte de l'alta de cada Assegurat a la pòlissa, si tot i conèixer-les l'Assegurat no les ha declarat en el Qüestionari de Salut. Aquesta exclusió no afecta els Assegurats incorporats a la pòlissa des del naixement, d'acord amb l'apartat "Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat" (Condicions Generals Comunes 4.1) d'aquestes Condicions Generals.

G. El diagnòstic, el tractament i les intervencions quirúrgiques amb finalitats purament estètiques o cosmètiques, com també la necessitat de proves diagnòstiques o tractaments per complicacions que puguin estar causades directament o principalment per haver-se sotmès a una intervenció, infiltració o tractament de caràcter purament estètic o cosmètic.

H. La cirurgia robòtica, en totes les especialitats excepte en els casos indicats a l'apartat d'altres "Cobertures accessòries" (Condicions Generals Descriptives 2.10), ja sigui directa o assistida (entenent en tots dos casos les intervencions dutes a terme mitjançant manobres quirúrgiques que fa un robot seguint les instruccions d'un cirurgià i guiat per un sistema laparoscòpic tele-robotitzat, i/o la que fa el robot assistida per un sistema informatitzat de realitat virtual o navegador amb imatges en 3D obtingudes per ordinador, les cirurgies profilàctiques i les cirurgies del canvi de sexe.

I. 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.

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

K. Qualsevol intervenció quirúrgica sobre el no nascut.

L. Tota mena de pròtesis i implants quirúrgics i material sanitari implantable sintètic o biològic, fixadors externs i interns que no estiguin detalls a l'apartat "Implants i Pròtesis Quirúrgiques" (Condicions Generals Descriptives 2.7) d'aquestes Condicions Generals.

M. La teràpia ocupacional.

No obstant això, en els supòsits previstos a les anteriors exclusions B), D), E) i J), l'Asseguradora assumeix l'assistència sanitària que s'hagi de prestar a l'Assegurat en situació d'urgència i mentre duri aquesta situació. Si l'assistència urgent inclou l'hospitalització del pacient, la cobertura s'acaba al cap de 24 hores de l'ingrés al centre hospitalari.

6.2. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA DENTAL

S'enclouen de la cobertura de l'assegurança: qualsevol assistència odontològica no inclòs expressament a l'Annex d'actes dentals, com també els assistències dentals per als quals calgui internament hospitalari o anestèsia general.

6.3. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA ASSISTÈNCIA EN VIATGE A L'ESTRANGER

6.3.1. Exclusions aplicables a totes les garanties d'assistència mèdica i en viatge:

A. Les garanties i prestacions que no hagin estat comunicades prèviament a l'Asseguradora i aquelles per a les quals no s'hagi obtingut la conformitat de l'Asseguradora, tret dels supòsits d'impossibilitat material, degudament acreditada.

B. Els esdeveniments ocorreguts a Espanya.

C. Les malalties o lesions que es produeixin com a conseqüència de patiments crònics o previs a l'inici del viatge, i també les complicacions i recaigudes.

D. Exàmens mèdics generals, revisions mèdiques, diagnòstics i qualsevol visita o tractament que tingui caràcter de medicina preventiva, segons els criteris mèdics generalment acceptats.

E. El tractament de malalties o estats patològics provocats per la ingesta o l'administració de tòxics (drogues, begudes alcohòliques), narcòtics, o per l'ús de medicaments sense prescripció mèdica.

F. Diagnòstic, seguiment i tractament de l'embaràs, interrupció voluntària de l'embaràs i parts, tret de les complicacions clares i impredecibles sobrevingudes durant els 180 primers dies d'embaràs.

G. Suïcidi, intent de suïcidi o autolesions de l'Assegurat.

H. Tractament, diagnòstic i rehabilitació de malalties mentals o nervioses.

I. Adquisició, implantació, substitució, extracció i reparació de pròtesis de qualsevol mena, com ara marcapassos, peces anatòmiques, ortopèdiques, ulleres, lentilles, aparells auditius, crosses, etc.

J. Tractaments especials, cirurgies experimentals, cirurgia plàstica o reparadora i els tractaments no reconeguts per la ciència mèdica occidental.

K. Qualsevol despesa mèdica inferior a 9 euros.

L. Quan el sinistre es produeixi a l'estranger, qualsevol despesa mèdica feta a Espanya, encara que correspongui a un tractament prescrit o iniciat a l'estranger.

6.3.2. Exclusions aplicables a les garanties d'incidències en viatges i vols:

A. Sinistres ocorreguts a la ciutat del domicili de l'Assegurat.

6.3.3. Exclusions generals de les cobertures d'assistència en viatge:

A. Pràctica com a professional o federat de qualsevol esport i competicions esportives.

B. Viatges d'una durada superior a noranta dies consecutius.

C. Rescat de persones en muntanyes, avencs, mars, selves o deserts.

D. Actes fraudulents del Prenedor, l'Assegurat, el beneficiari o els familiars d'aquests.

E. Els riscos derivats de la utilització d'energia nuclear.

F. Els riscos extraordinaris com ara guerres, terrorisme, avalots populars, vagues, fenòmens de la natura i qualsevol altre fenomen de caràcter catastròfic esdeveniments que, per la seva magnitud i gravetat, són qualificats com a catàstrofe o calamitat nacional.

7. Forma d'obtenir la cobertura

7.1. FORMA D'OBTENIR LA COBERTURA D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

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

7.1.1. 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 serveis 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.

7.1.2. 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.

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

7.1.4. Per a cadascun dels assistències sanitàries que rebi 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.

7.1.5. L'hospitalització o 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.

També és un requisit imprescindible per obtenir la conformitat escrita de l'Asseguradora que l'assistència sanitària que calgui fer en règim d'hospitalització la dugui a terme un Facultatiu del Quadre Mèdic de l'Asseguradora i que estigui coberta per la pòlissa.

Un cop atorgada la conformitat escrita, l'Asseguradora hi queda vinculada econòmicament. En els casos d'urgència, n'hi ha prou a aquest efecte amb l'ordre del Metge, **però l'Assegurat ha d'obtenir la conformitat escrita de l'Asseguradora dins de les setanta-dues hores següents a l'ingrés hospitalari**. Un cop obtinguda, l'Asseguradora hi queda vinculada econòmicament fins que no manifesti reserves a l'ordre del Metge, en cas d'entendre que la pòlissa no cobreix l'acte o l'hospitalització.

7.1.6. Per rebre un assistència d'urgència, s'ha de sol·licitar per telèfon a la plataforma d'urgències o anar directament, segons escaigui, a un dels centres permanents d'urgències que l'Asseguradora té establerts al Quadre Mèdic, on figuren l'adreça i el telèfon.

7.1.7. 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.

7.1.8. Per les cobertures de cirurgia robòtica haurà de realitzar-se prèviament el pagament de l'import de la franquícia estipulada, mitjançant transferència bancària a l'Asseguradora.

7.2. FORMA D'OBTENIR EL REEMBORSAMENT DE DESPESES SANITÀRIES PER A LA COBERTURA DE REEMBORSAMENT EN REHABILITACIÓ, FISIOTERÀPIA, PODOLOGIA, LOGOPÈDIA I FONIATRIA

Per obtenir el reemborsament de despeses sanitàries que cita l'apartat "Cobertures de Reemborsament" (Condicions Generals Descriptives de Cobertura 3ª), l'Assegurat s'obliga a presentar a través de l'àrea privada al web www.adeslas.es, o bé a les oficines de l'Asseguradora, la documentació següent:

- a) Imprès de sol·licitud de reemborsament de despeses, segons model de l'Asseguradora, emplenat degudament i signat per l'Assegurat.
- b) Original o còpia de la factura relativa a la despesa sanitària causada i rebut acreditatiu d'haver-ne satisfet l'import. Les factures han d'incloure:
 - La identificació completa de l'emissor (Nom i Cognoms, domicili, NIF, Especialitat si és el cas i Número de col·legiat).
 - Identificació de l'acte sanitari realitzat i la data en què es va dur a terme.
 - Identificació (Nom i Cognoms) de l'Assegurat atès.
- c) Original o còpia de la prescripció mèdica en cas de despeses per les assistències de fisioteràpia, logopèdia i foniatria.

No obstant l'anterior, l'Assegurat, quan li demani l'Asseguradora, ha d'aportar els originals de les factures i, si és el cas, de la prescripció mèdica.

L'Asseguradora ha de fer efectiu a l'Assegurat l'import de reemborsament que correspongui dins dels 15 dies laborables següents a la recepció de la documentació completa especificada a l'apartat anterior. El pagament es fa mitjançant una transferència bancària al compte bancari que hagi indicat l'Assegurat en l'imprès de sol·licitud de reemborsament.

7.3. FORMA D'OBTENIR EL REEMBORSAMENT DE DESPESES SANITÀRIES PER COBRIR EL REEMBORSAMENT EN FARMÀCIA EXTRA HOSPITALÀRIA

Per obtenir el reemborsament d'aquestes despeses, l'Assegurat ha de presentar, a través de l'àrea privada al web www.adeslas.es, o bé a les oficines de l'Asseguradora, la documentació següent.

a) Imprès de sol·licitud de reemborsament de despeses, segons el model de l'Asseguradora, emplenat i signat degudament per l'Assegurat.

b) Original de la prescripció, en què ha de constar:

- La identitat del facultatiu que l'estén, la signatura i el número de col·legiat.
- La identitat del pacient.
- La identificació del producte receptat.

c) Document acreditatiu del pagament.

Per gestionar el reemborsament, l'Asseguradora pot exercitar el dret de demanar la informació clínica necessària a l'Assegurat que justifiqui la necessitat de la medicació i la concurrència de les condicions referides anteriorment.

L'Asseguradora ha de fer efectiu a l'Assegurat l'import de reemborsament que correspongui dins dels 15 dies laborables següents a la recepció de la documentació completa especificada a l'apartat anterior. El pagament es fa mitjançant una transferència bancària al compte bancari que hagi indicat l'Assegurat a l'imprès de sol·licitud de reemborsament.

7.4. FORMA D'OBTENIR LA COBERTURA D'ASSISTÈNCIA DENTAL

7.4.1. A l'efecte d'aquesta assegurança, s'entén comunicat el sinistre quan l'Assegurat demani que es presti l'assistència.

7.4.2. Quan demani la prestació d'assistència, l'Assegurat ha d'exhibir el document identificatiu que l'Asseguradora li ha lliurat a aquest efecte.

7.4.3. L'Assegurat, per rebre l'assistència dental que inclou la cobertura de la pòlissa, pot triar lliurement entre els facultatius i les clíniques o altres establiments inclosos (proveïdors assistencials) que l'Asseguradora, en cada moment, tingui concertats a tot Espanya. L'Asseguradora edita cada any natural aquesta relació de proveïdors assistencials agrupats per províncies a través dels seus Quadres Mèdics els quals, per a determinats assistències, poden contenir un únic prestador. És obligació de l'Assegurat utilitzar les assistències dels proveïdors assistencials que estiguin d'alta en la data de sol·licitud de l'assistència.

A aquest efecte, poden sol·licitar a les oficines de l'Asseguradora el Quadre Dental actualitzat o bé consultar els diferents Quadres Dentals provincials actualitzats a través del web. En aquests Quadres Dentals s'especifica el tipus de modalitat corresponent al centre o centres permanents d'urgència. L'Asseguradora abona directament al professional o centre els honoraris i les despeses que s'hagin reportat per l'assistència, a excepció dels actes dentals amb import a càrrec de l'Assegurat o sense, sempre que hi concorrin tots els requisits i les circumstàncies que s'estableixen a la pòlissa. **L'Asseguradora no es fa responsable dels honoraris de facultatius aliens al seu Quadre Dental, ni de l'import de les actuacions sanitàries que puguin prescriure.**

7.4.4. L'Assegurat abona per cada assistència que rep l'import que s'estableix a l'Annex d'Actes Dentals amb import a càrrec de l'Assegurat o sense.

7.4.5. Tots els tractaments i actuacions coberts per l'assegurança es fan de manera ambulatoria, **se n'exclouen l'hospitalització i l'anestèsia general.**

7.4.6. En els tractaments alternatius decideix el pacient.

7.4.7. En els tractaments protètics cal que l'Assegurat accepti el pressupost que li faci el facultatiu o la clínica del quadre de l'Asseguradora.

L'Assegurat ha d'abonar directament al facultatiu o al centre dental l'import corresponent a la pròtesi, d'acord amb el que es preveu a l'Annex d'Actes Dentals amb import a càrrec de l'Assegurat o sense. A partir de la implantació, les pròtesis tenen un termini de dos anys de garantia contra el desgast o el deteriorament que puguin patir, sempre que s'utilitzin correctament.

7.4.8. Per rebre una assistència d'urgència, ha d'anar al centre d'urgència que l'Asseguradora té establert, l'adreça i el telèfon del qual figur a al Quadre Dental.

7.7. FORMA D'OBTENIR LA COBERTURA D'ASSISTÈNCIA EN VIATGE A L'ESTRANGER.

Las condicions generals de la pòlissa d'assistència sanitària són d'aplicació, sempre que no s'oposin a allò que aquestes condicions disposen

És indispensable que, des del moment de l'esdeveniment del sinistre, l'Assegurat sol·liciti la prestació de les assistències cridant al següent número de telèfon disponible permanentment les 24 hores al dia des de qualsevol lloc del món: 34 91 745 32 80. Aquest telèfon apareix en la targeta de l'Assegurat.

En les comunicacions telefòniques per mitjà de les quals se sol·licita l'assistència de les garanties esmentades, han d'indicar: nom de l'Assegurat, número de pòlissa de l'assegurança, d'assistència sanitària, el lloc on s'està, el número de telèfon i el tipus d'assistència que precisa.

No es respon en cas d'endarreriments o incompliments deguts a causes de força major o a les característiques administratives o polítiques especials d'un país determinat.

En tot cas, si no fos possible una intervenció directa, a l'Assegurat se li reemborsarà, quan torni a Espanya, o en cas de necessitat, quan sigui en un país en el qual no concorrin les circumstàncies anteriors, les despeses que hagi fet i que estiguin garantides, mitjançant la presentació dels justificants corresponents.

Les prestacions de caràcter mèdic i de repatriació sanitària s'han de fer previ acord del metge del centre hospitalari que atén l'Assegurat amb l'equip mèdic de l'Asseguradora.

Si l'Assegurat tingués dret a reembors per la part del bitllet no consumida, en fer ús de la garantia de repatriació o trasllat a Espanya, aquest reembors revertirà a l'Asseguradora.

Les indemnitzacions fixades en les garanties seran en tot cas complement dels contractes que pugui tenir cobrint els mateixos riscos, de les prestacions de la seguretat social o de qualsevol altre règim de previsió col·lectiva. L'Asseguradora queda subrogat en els drets i les accions que puguin correspondre a l'Assegurat per fets que hagin motivat la intervenció de l'Asseguradora i fins al total de l'import de les assistències prestats o abonats.

8. 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
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 mesos

Hospitalització	
Intervencions quirúrgiques en règim ambulatori (Intervencions del Grup 0 al II, segons la classificació de l'Organització Mèdica Col·legial).	3 mesos
Ligament de trompes i vasectomia.	6 mesos
Hospitalització per qualsevol motiu o naturalesa en règim d'internament o en hospital de dia, com també les intervencions quirúrgiques realitzades en aquests règims.	8 mesos
Cost d'implants i pròtesis quirúrgiques.	8 mesos
En intervencions quirúrgiques i parts distòcics que es produeixen en situació d'urgència vital no s'hi aplica el període de carència previst, i tampoc als parts prematurs, és a dir, els que es produeixen abans de la 28 ^a setmana de gestació.	
Tractaments Especials	
Laserteràpia: en tractaments de fotocoagulació en oftalmologia, com també el làser en rehabilitació musculoesquelètica.	3 mesos
Nucleotomia percutània.	3 mesos
Laserteràpia, cirurgia en coloproctologia, intervencions quirúrgiques en ginecologia, otorrinolaringologia i dermatologia, en les intervencions per a la hiperplàsia benigna de pròstata, en la litotrícia de la via urinària i en el tractament endoluminal de les varices i les lesions traqueobronquials.	8 mesos
Tractament del dolor.	8 mesos
Diàlisi.	8 mesos
Ones de xoc per a calcificacions musculotendinoses.	8 mesos
Litotripsia renal.	8 mesos
Quimioteràpia i oncologia radioteràpica.	8 mesos

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

Adeslas