

Adeslas Go

CONDICIONS GENERALS

**Assegurança de malaltia.
Pòlissa d'assistència sanitària.**

Adeslas

Aquest contracte d'assegurança comprèn, de manera inseparable, les condicions generals, que queden formades per les clàusules jurídiques i les clàusules descriptives de cobertura, les condicions particulars, les especials si n'hi hagués i els apèndixs que recullin les modificacions acordades per les parts.

Clàusules jurídiques (condicions generals)

1. Clàusula preliminar.	3
2. Objecte de l'assegurança.	3
3. Pagament de primes.	3
4. Altres obligacions, deures i facultats del Prenedor de l'assegurança o de l'Assegurat.	4
5. Altres obligacions de l'Asseguradora.	5
6. Durada de l'Assegurança	6
7. Pèrdua de drets, resolució del contracte.	6
8. Estat i autoritat de control de l'Asseguradora.	6
9. Instàncies de reclamació.	7
10. Comunicacions i jurisdicció.	8
11. Prescripció.	8
12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa.	8

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària i dental (condicions generals)

1. Definicions.	10
2. Cartera de serveis amb cobertura.	12
3. Exclusions comunes de la cobertura d'assistència sanitària i dental.	18
4. Forma d'obtenir la cobertura dels serveis.	20
5. Períodes de carència.	21

1. Clàusula preliminar

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 del Ministeri d'Economia, Indústria i Competitivitat.
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.

2. Objecte de l'assegurança

Dins dels límits i condicions estipulats en la pòlissa, i mitjançant el pagament de la prima i copagaments que en cada cas correspongui, l'Asseguradora es compromet a facilitar a l'Assegurat la cobertura econòmica, en règim de consulta ambulatoria, de l'assistència mèdica que precisi, compresa en el llistat de prestacions sanitàries referents a les especialitats mèdiques indicades en la clàusula 2^a (Clàusules Descriptives de Cobertura), així com la realització de les proves diagnòstiques que es relacionen en la indicada clàusula, assumint l'asseguradora el seu cost mitjançant el pagament directe als professionals o centres concertats que haguessin realitzat la prestació.

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

3. Pagament de primes

- 3.1. El Prenedor de l'assegurança, d'acord amb l'article 14 de la Llei, està obligat a pagar la prima.
- 3.2. La primera prima o fracció és exigible, d'acord amb l'article 15 de la Llei, una vegada signat el contracte; si no s'ha pagat per culpa del Prenedor, l'Asseguradora té dret de resoldre el contracte o d'exigir el pagament de la prima que es degui en via executiva, d'acord amb la pòlissa. En qualsevol cas, si la prima no s'ha pagat abans que es produeixi el sinistre, l'Asseguradora queda alliberada de la seva obligació, tret que es pacti el contrari.

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

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

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

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

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

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

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

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

- a)** Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, el canvi de domicili.
- b)** Comunicar a l'Asseguradora, tan aviat com li sigui possible, les altes i baixes d'Assegurats que es produeixin durant la vigència de la pòlissa; les altes tenen efecte el primer dia del mes següent a la data de la comunicació feta pel prenedor, mentre que les baixes es fan efectives el dia que venci l'annualitat de l'assegurança en què es produeixi la baixa i l'import de la prima s'adapta a la nova situació.
- c)** Minorar les conseqüències del sinistre, utilitzant els mitjans a l'abast perquè es restableixi ràpidament. L'incompliment d'aquest deure amb la intenció manifesta de perjudicar o enganyar l'Asseguradora allibera l'Asseguradora de qualsevol prestació derivada del sinistre.

d) Quan l'assistència prestada a l'Assegurat sigui com a conseqüència de lesions produïdes o agreujades per accidents coberts per una altra assegurança qualsevol, o sempre que el cost de l'assistència l'hagin de satisfer tercers causants o responsables de les lesions, l'Asseguradora, si hagués cobert l'assistència, podria exercitar les accions que escaiguessin per rescabalar-se del cost que les assistències li haguessin comportat. L'Assegurat o, si escau, el prenedor estan obligats a facilitar a l'Asseguradora les dades i la col·laboració que calguin.

e) L'Assegurat ha de facilitar a l'Asseguradora, durant la vigència del contracte, tota la documentació i la informació mèdica que se li demani per poder valorar la cobertura del cost de les prestacions que sol·liciti. Quan l'Asseguradora li demani, el procés d'atorgament de cobertura queda en suspens fins que obtingui tota la informació. L'Asseguradora també pot reclamar a l'Assegurat el cost de la cobertura de qualsevol prestació la improcedència de la qual hagi quedat manifestada a posteriori per la informació mèdica facilitada per l'Assegurat.

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

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

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

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

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

5. Altres obligacions de l'asseguradora

A més de la cobertura econòmica de la prestació de l'assistència sanitària, l'Asseguradora ha de lliurar al prenedor de l'assegurança la pòlissa o, si escau, el document de cobertura provisional. Aquesta targeta, que té una numeració única, conté les dades següents:

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

6. Durada de l'assegurança

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

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 per part del Prenedor i no inferior a dos mesos per part de l'Asseguradora, respecte de la data en què s'acabi el període d'assegurança en curs.

7. Pèrdua de drets, resolució del contracte

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

- a) Si el sinistre, la cobertura del qual es garanteix com a risc, sobrevé abans que s'hagi pagat la primera prima, tret que hi hagi un pacte contrari (article 15 de la Llei de contracte d'assegurança).
- b) Si el Prenedor, quan sol·licita l'assegurança, declara de manera inexacta l'any de naixement d'un Assegurat o més d'un, l'Asseguradora només pot resoldre el contracte si l'edat real d'aquests assegurats, en la data d'entrada en vigor de la pòlissa, excedeix els límits d'admissió que hagi establert l'Asseguradora.

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

8. Estat i autoritat de control de l'asseguradora

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

9. Instàncies de reclamació

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

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

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

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

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

9.3. Sens perjudici de les actuacions anteriors i de les que escaiguin d'acord amb la normativa d'assegurances, els interessats sempre poden exercir les accions que creguin 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 de l'Asseguradora que figura a la pòlissa, però si es trameten a un agent que el representi tenen els mateixos efectes que si s'haguessin fet directament, d'acord amb l'article 21 de la Llei.

Les comunicacions de l'Asseguradora al Prenedor de l'assegurança o a l'Assegurat es fan al domicili que es recull a la pòlissa, tret que hagin notificat el canvi del domicili a l'Asseguradora.

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

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

11. Prescripció

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

12. Actualització anual de les condicions econòmiques de la pòlissa

L'Asseguradora, 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 als copagaments o participació de l'Assegurat en el cost dels serveis, a què es refereix la Condició General 4.1. (Clàusules Descriptives de Cobertura).
- c)** Actualitzar l'import corresponent al Límit Màxim Anual establert en Condicions Particulars.

Amb independència de les avantdites actualitzacions, en cada renovació, la prima anual s'establirà d'acord amb la zona geogràfica corresponent al domicili de la prestació a què es refereix la Condició General 4.2. (Clàusules Descriptives de Cobertura) i l'edat aconseguida per cadascun dels Assegurats, aplicant la tarifa de primes que l'Asseguradora tingui en vigor en la data de cada renovació. El Prenedor de l'Assegurança dona la seva conformitat a les variacions que, per tal motiu, es produeixen en l'import de les primes.

Aquestes actualitzacions de primes i copagaments es fonamentaran en els càlculs tècnicoactuarials necessaris per a determinar la incidència en l'esquema financer-actuarial de l'Assegurança, de l'increment del cost dels serveis sanitaris, l'augment de la freqüència de les prestacions cobertes per la pòlissa, la incorporació a la cobertura garantida d'innovacions tecnològiques d'aparició o utilització posterior a la perfecció del contracte o altres fets de similars conseqüències.

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'annualitat vinent.

El Prenedor de l'assegurança, quan rebí la notificació d'aquestes actualitzacions per a l'annualitat 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'annualitat en curs. En aquest darrer cas, ha de comunicar a l'Asseguradora la seva voluntat en aquest sentit.

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

1. Definicions

Als efectes d'aquesta pòlissa s'entén per:

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

Assegurat: 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.

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

Copagament: import que el Prenedor ha d'abonar a l'Asseguradora per col·laborar a cobrir econòmicament cada servei sanitari que hagin fet servir els Assegurats que s'inclouen a la pòlissa. Aquest import és diferent en funció del tipus de servei sanitari i/o especialitat mèdica, i la quantitat corresponent, determinada a les condicions particulars, es pot actualitzar anualment.

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.

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.

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

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

Hospital o clínica: establiment, públic o privat, autoritzat legalment per tractar malalties, llesions 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.

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

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

Metge o facultatiu: llicenciat, graduat o doctor en medicina, habilitat legalment per tractar medicament 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.

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.

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.

Prestació: cobertura econòmica de l'assistència sanitària (descrita a l'apartat 2 de les clàusules descriptives de la cobertura d'assistència sanitària) derivada de l'esdeveniment del sinistre en la forma que s'estableix en aquestes condicions generals.

Cláusulas descriptives de la cobertura de assistència sanitària

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.

Servei a domicili: assistència amb prescripció prèvia d'un facultatiu de l'Asseguradora quan, per motius que depenguin només de la malaltia que afligeix l'Assegurat, aquest es trobi impedit per traslladar-se a la consulta mèdica.

Sinistre: esdeveniment que té unes conseqüències que fan necessària la utilització de serveis sanitaris 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 els serveis que cobreix la pòlissa.

Prendor 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.

Urgència: situació de l'Assegurat que fa necessària l'assistència mèdica de manera immediata a fi d'evitar un dany irreparable en la seva salut.

2. Cartera de serveis amb cobertura

Els avenços diagnòstics i terapèutics que es vagin produint en la ciència mèdica, en el període de cobertura d'aquesta assegurança, poden passar a formar part de les cobertures de la pòlissa sempre que les agències d'avaluació de les tecnologies sanitàries dependents dels Serveis de Salut de les comunitats autònomes o del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat en ratifiquin els estudis de validació de l'efectivitat mitjançant un informe positiu.

En cada renovació d'aquesta pòlissa, SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances detalla les tècniques o els tractaments que passen a formar part de les cobertures de la pòlissa per al període següent.

Les especialitats, les prestacions sanitàries i els altres serveis 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 3.

2.1. MEDICINA PRIMÀRIA

- **Medicina general.** Assistència a la consulta i a domicili.
- **Pediatría i puericultura** Per a infants menors de catorze anys.
- **Infermeria.** Servei en consulta i a domicili. En aquest últim cas, sempre que el malalt faci llit i amb la prescripció prèvia d'un facultatiu del quadre mèdic de l'asseguradora.

2.2. ESPECIALITATS

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

- **Al·lèrgologia.** Les vacunes són a compte de l'assegurat.
- **Anestèsia i reanimació.**
- **Angiologia i cirurgia vascular.**
- **Aparell digestiu.**
- **Cardiologia.**
- **Cirurgia cardiovascular.**
- **Cirurgia general i de l'aparell digestiu.**
- **Cirurgia maxil·lofacial.**
- **Cirurgia pediàtrica.**
- **Cirurgia plàstica reparadora.**
- **Cirurgia toràcica.**
- **Dermatologia medicoquirúrgica.**
- **Endocrinologia i nutrició.**
- **Geriatría.**
- **Hematologia i hemoteràpia.**
- **Immunologia.**
- **Medicina interna.**
- **Medicina nuclear.**
- **Nefrologia.**
- **Neonatologia.**
- **Pneumologia.**
- **Neurocirurgia.**

- **Neurofisiologia clínica**
- **Neurologia.**
- **Obstetrícia i ginecologia.** Vigilància de l'embaràs per facultatiu tocòleg.
- **Odontostomatologia.** Inclou una netege de boca per anualitat. A partir de la segona neteja dins de l'anualitat, serà necessària la prescripció mèdica.
- **Oftalmologia.** Inclou retinografia, tomografia de coherència òptica, ortòptica.
- **Otorrinolaringologia.**
- **Psicologia clínica: amb un màxim de vint sessions per cada anualitat d'assegurança o quaranta sessions en cas de trastorns alimentaris.** Requereix la prescripció d'un especialista en psiquiatria 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 facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora. Comprèn la valoració del metge rehabilitador i la fisioteràpia amb cobertura de règim ambulatori (**fisioteràpia domiciliària exclosa**). **Se n'exclouen els tractaments de fisioteràpia i rehabilitació quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim que es pugui, o quan esdevingui teràpia de manteniment, com també la rehabilitació respiratòria, neuropsicològica o estimulació cognitiva i la teràpia ocupacional.**
- **Reumatologia.**
- **Traumatologia i cirurgia ortopèdica.**
- **Urologia.**

2.3. MEDICINA PREVENTIVA

S'inclouen els controls preventius, adequats a l'edat de l'Assegurat, prescrits per un facultatiu del quadre mèdic de l'Asseguradora i fets amb mitjans i tècniques coberts per la garantia de la pòlissa.

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

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

- **Cardiologia:** inclou la prevenció del risc coronari en persones més grans de 40 anys, mitjançant la consulta al metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del metge (ECG, radiografia de tòrax, prova d'esforç, analítica bàsica de sang i orina).
- **Urologia:** revisió urològica cada anualitat d'assegurança per prevenir el càncer de pròstata. Comprèn la consulta i exploració física per part del metge especialista i les proves diagnòstiques segons el criteri del metge: analítica bàsica d'orina i sang, incloent-hi PSA (determinació d'antigen prostàtic específic) i ecografia prostàtica.
- **Planificació familiar:** control del tractament amb anovulatoris, implantació i vigilància del DIU (inclou el cost del dispositiu, 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. **Queden expressament exclusos els tractaments d'esterilitat o infertilitat.**
- **Prevenció del càncer colorectal.** Inclou consulta i exploració física amb l'especialista, com també, segons el criteri del metge, el test de detecció de sang oculta en femta i si calgués, colonoscòpia.
- **Revisions mèdiques:** reconeixement mèdic. 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	EGC
Analítica: · Estudi sèrie vermella: hematies, HB, Hematòcrit, VCM, CHCM · Estudi sèrie blanca: fórmula i VSS · Plaquetes. Glucosa. Àcid úric (urea) · Colesterol. Prova d'LDL. Triglicèrids · GOT-GPT. Ferro. Orina	RX de tòrax (segons criteri mèdic)
	Examen ginecològic amb citologia vaginal
	Agudeses visual
	Audiometria i espirometria

REVISIÓ 2 (DE 31 A 45 ANYS)	
Història clínica i exploració general	EGC
Analítica: · Estudi sèrie vermella: hematies, HB, Hematòcrit, VCM, CHCM · Estudi sèrie blanca: fórmula i VSS · Plaquetes. · Glucosa. · Àcid úric (urea). · Colesterol. · Triglicèrids. · GOT-GPT. · Ferro. · Orina.	RX de tòrax (segons criteri mèdic)
	Ecografia abdominal
	Examen ginecològic amb citologia vaginal, ecografia mamària segons criteri mèdic i mamografia (bianual o anual, segons criteri mèdic, a partir els 40 anys)
	Agudesa visual
	Audiometria i espirometria

REVISIÓ 3 (DES DE 46 ANYS)	
Història clínica i exploració general	EGC
Analítica: Analítica: · Estudi sèrie vermella: hematies, HB, Hematòcrit, VCM, CHCM · Estudi sèrie blanca: fórmula i VSS · Plaquetes, glucosa · Àcid úric (urea) · PSA (pròstata) · Colesterol. Triglicèrids · GOT-GPT · Ferro · Urea · HDL · Fosfatassa alcalina · Hemorràgies ocultes · Orina	RX de tòrax (segons criteri mèdic)
	Ecografia abdominal
	Examen ginecològic amb citologia vaginal, ecografia mamària segons criteri mèdic i mamografia (bianual o anual, segons criteri mèdic, a partir els 40 anys)
	Ecografia ginecològica
	Ecografia prostàtica
	Agudesa visual
	Audiometria i espirometria

2.4. MITJANS DE DIAGNÒSTIC

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

2.4.1. Anàlisis clíniques, anatomia patològica i citopatologia. Se n'exclouen les biòpsies líquides.

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

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

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

- Immunohistoquímica, Ergometria, Holter.
- 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 TC (**exclusivament** per a pacients amb malaltia coronària simptomàtica amb prova d'esforç no conclouent, en cirurgies de recanvi valvular i en valoració d'estenosi després de cirurgia de bypass coronari i en malformacions de l'arbre coronari; **no s'hi inclou sota cap circumstància la valoració d'estenosi després d'implantació de stent, la utilització per a quantificació del calci en artèries coronàries i la seva utilització com a prova diagnòstica de cribratge**).
- Tomosíntesi de mama
- Medicina nuclear.
- Amniocentesi i cariotips.
- Proves genètiques. Es cobreixen **exclusivament** les proves que tinguin com a finalitat diagnosticar malalties en pacients afectes i simptomàtics.
 - Inclou les dianes terapèutiques la determinació de les quals s'exigeixi a la fitxa tècnica emesa per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris per administrar alguns fàrmacs.
 - També inclou els tests d'ADN fetal en sang materna per fer el diagnòstic prenatal de les trisomies 21, 18 i 13 prenatal quan l'índex de risc en el cribratge combinat del primer trimestre (CCPT) estigui comprès entre 1/50 i 1/250 o en gestants amb embaràs previ amb aneuploidies als cromosomes 21, 18 o 13, independentment del CCPT.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

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

2.5. ALTRES SERVEIS

- **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 expulsió del part.
- **Podologia.** Exclusivament tractaments de quiropòdia en consulta. **Amb un màxim de dotze sessions per cada anualitat d'assegurança.**
- **Logopèdia i foniatria.** Tractament de patologies del llenguatge, de la parla i de la veu derivades **exclusivament** de processos orgànics i trastorns funcionals **quedant exclosos els tractaments quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional, o el màxim possible d'aquesta, o quan es converteixi en teràpia de manteniment.** Es donarà també cobertura logopèdia per deglució atípica per a menors de 14 anys fins **a un màxim de 20 sessions per assegurat i anualitat de l'assegurança. Se n'exclou el tractament dels trastorns de l'aprenentatge (dislèxia, disgrafia i discalcúlia).**

3. Exclusions de la cobertura d'assistència sanitària

A més de les exclusions específiques que s'han esmentat més amunt per a algunes de les especialitats, prestacions o serveis coberts, també s'apliquen a tota la cobertura d'assistència sanitària les exclusions següents:

- A) L'assistència sanitària que necessiti d'hospitalització, ja sigui en règim d'ingrés, cirurgia ambulant o hospital de dia.
- B) Les intervencions quirúrgiques, diagnòstiques i/o terapèutiques. Queden excloses les proves diagnòstiques o tractaments per complicacions que puguin estar directament i/o principalment causades per haver-se sotmés a una intervenció, infiltració o tractament de caràcter purament estètic o cosmètic. Queden excloses les tècniques de lipoinfiltració grassa. Queda exclosa la micropigmentació del complex areola mugró.
- C) L'assistència en els serveis d'urgències.
- D) Se n'exclou 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.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

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

S'entén per embraguesa 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.

F) Els actes terapèutics excepte els realitzats per especialistes en rehabilitació, fisioteràpia, psicoteràpia, logopedia i odontostomatologia amb l'abast que es descriu a la clàusula 2^a (clàusules descriptives de cobertura).

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

H) 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.

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

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

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

L) Els tractaments per esterilitat o infertilitat.

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

N) Assistència al part i cesària.

O) Qualsevol tractament o prova diagnòstica la utilitat o eficàcia de la qual no estigui contrastada científicament o siguin considerats de caràcter experimental o no hagin estat ratificats per les agències espanyoles d'avaluació de tecnologies sanitàries. Queden excloses les medicines alternatives, naturopatia, homeopatia, acupuntura, mesoteràpia, hidroteràpia, presoteràpia, 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, s'exclou el tractament amb cambra hiperbàrica.

P) Queda exclosa la teràpia ocupacional.

4. Forma d'obtenir la cobertura dels serveis

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

4.1. L'Assegurat, per rebre l'assistència sanitària que inclou la cobertura de la pòlissa, pot triar lliurement entre els professionals sanitaris, els centres mèdics, els hospitals i els sanatoris (proveïdors assistencials) que l'Asseguradora tingui, en cada moment, concertats arreu d'Espanya. Cada any natural l'Asseguradora edita aquesta llista de proveïdors assistencials agrupats per províncies a través dels quadres mèdics que, per a especialitats concretes, poden recollir un únic prestador del servei. 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.

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

L'ASSEGURADORA S'OBLIGA A DONAR COBERTURA ECONÒMICA A LA PRESTACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA NOMÉS AL DOMICILI DE L'ASSEGURAT QUE FIGURA A LA PÒLISSA, SEMPRE QUE AQUEST SERVEI ESTIGUI CONCERTAT EN AQUELLA ZONA; QUALESVOL CANVI DE DOMICILI S'HA DE NOTIFICAR A L'ASSEGURADORA PER QUALESVOL MITJÀ FEFAENT AMB UNA ANTELACIÓ MÍNIMA DE VUIT DIES ABANS DE REQUERIR UNA PRESTACIÓ A DOMICILI.

4.3. L'ASSEGURADORA NO ES FA RESPONSABLE DELS HONORARIS DE FACULTATIUS ALIENS AL SEU QUADRE MÈDIC O SERVEIS QUE AQUELLS ELS PUGUIN PRESCRIURE.

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

Si s'escau, l'Assegurat també haurà d'exhibir el document d'autorització previst a la clàusula 4.5. següent. Els rebuts degudament signats serveixen de comprovant a l'Asseguradora per a l'abonament del cost de la prestació.

L'Assegurat pagarà per cada servei rebut l'import que en concepte de copagament o participació en el cost dels serveis s'estableix a les Condicions particulars.

Clàusules descriptives de cobertura d'assistència sanitària

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

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

L'import de les copagaments pot ser actualitzat per l'Asseguradora, de conformitat amb el que estableix la Condició General 12^a (Clàusules Jurídiques).

4.5. LA PRESTACIÓ DELS SERVEIS QUE, D'ACORD AMB LES NORMES D'ÚS DELS SERVEIS SANITARIS DEL QUADRE MÈDIC EDITAT, REQUEREIXIN PRESCRIPCIÓ HAN DE SER ORDENADES PER ESCRIT PER UN METGE D'AQUEST QUADRE, I L'ASSEGURAT HA D'ACONSEGUIR LA CONFORMITAT PRÈVIA DOCUMENTADA DE L'ASSEGURADORA EN QUALSEVOL DE LES OFICINES DE L'ENTITAT, O A TRAVÉS DELS CANALS DIGITALS I/O TELEFÒNICS QUE EN CADA MOMENT TINGUI HABILITATS PER FER-HO.

4.6. A l'efecte d'aquesta assegurança, s'entén comunicat el sinistre quan l'assegurat sol·liciti la prestació de l'assistència, tret que calgui la conformitat prèvia de l'asseguradora segons l'establert a la clàusula 4.5. anterior, aleshores, la comunicació caldrà fer-la a l'asseguradora segons l'establert a la clàusula esmentada.

5. Períodes de carència

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

Mitjans de Diagnòstic

Mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia

3 mesos

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

Adeslas

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb domicili social al passeig de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, S.RE.1799C/02 amb NIF A28011864, i inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265.

S.RE.807C.04