

Plus Ginecología y Pediatría

CONDICIONES GENERALES

Adeslas

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

Cláusulas jurídicas (condiciones generales)

1. Cláusulas de la póliza de asistencia sanitaria aplicable a este suplemento.	3
2. Objeto del seguro.	3

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (condiciones generales)

1. Definiciones.	4
2. Cartera de servicios con cobertura.	4
3. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria.	6
4. Límites generales.	6
5. Periodos de carencia.	9
6. Reembolso de gastos sanitarios.	10

1. Cláusulas de la póliza de asistencia sanitaria aplicable a este suplemento

Resultan de aplicación al presente suplemento las cláusulas de las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria a la que este producto está asociado que seguidamente se relacionan:

- Cláusula preliminar.
- Definiciones, además de las indicadas expresamente en el apartado definiciones de estas condiciones generales.
- Exclusiones, además de las indicadas en el apartado exclusiones de estas condiciones generales.
- Pago de primas.
- Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador y/o Asegurado, cuando haga referencia a la cláusula de cartera de servicios con cobertura de estas condiciones generales.
- Otras obligaciones de la Aseguradora, cuando haga referencia a la cláusula de cartera de servicios con cobertura de estas condiciones generales.
- Duración del seguro.
- Pérdida de derechos, resolución del contrato.
- Información sobre el tratamiento de datos personales.
- Estado y autoridad de control de la Aseguradora.
- Instancias de reclamación.
- Comunicaciones y jurisdicción.
- Prescripción.
- Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza.

2. Objeto del Seguro

Este seguro de enfermedad es un seguro de reembolso de gastos sanitarios, mediante el cual la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que estén comprendidas en las especialidades indicadas según los apartados 2 y 3 de las cláusulas descriptivas de cobertura, en los términos que esta póliza determina.

Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria a médicos y/o centros ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en esta póliza.

1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Acto terapéutico: toda aquella actuación, llevada a cabo por un profesional sanitario, que tiene como fin el tratamiento de una enfermedad o lesión con el objeto de alcanzar su curación o paliar sus consecuencias.

Prueba de diagnóstico: toda aquella actuación, llevada a cabo por un profesional sanitario, que tiene como fin el diagnóstico de una enfermedad o lesión.

Límites de reembolso: son las cantidades máximas que la Aseguradora se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

Suma asegurada: es la cantidad máxima de indemnización que la Aseguradora pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de seguro completa.

2. Cartera de servicios con cobertura

2.1. Cobertura pediátrica para niños menores de catorce años

a) Pediatría: consulta de medicina primaria. Incluida la administración de vacunas del calendario oficial de vacunación infantil. No se cubre el coste de las vacunas.

b) Toda la asistencia sanitaria hospitalaria que fuera necesaria para el recién nacido **únicamente en el caso de que no se le pueda trasladar dentro de la misma localidad a un centro concertado de la póliza a la que va asociado este producto, porque pueda empeorar su estado de salud.**

2.2. Cobertura obstétrica y ginecológica

a) Consulta ginecológica. También incluida vigilancia del embarazo así como la revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.

b) Pruebas de diagnóstico siempre y cuando las realice el ginecólogo: Ecografía, Amniocentesis, Citología, Monitorizaciones fetales, etc...

Serán objeto de cobertura aquellas pruebas de diagnóstico realizadas por el ginecólogo que figuran expresa y específicamente en esta relación, así como aquellas otras que, aun no recogidas concretamente, pueda también realizar dicho especialista.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Las pruebas de diagnóstico no realizadas por el ginecólogo deberán realizarse a través del cuadro médico de la póliza de asistencia sanitaria a la que este producto va asociado.

c) Actos terapéuticos siempre y cuando los realice el ginecólogo: colocación de DIU y su vigilancia incluyendo el coste del dispositivo, etc...

Serán objeto de cobertura aquellos actos terapéuticos realizados por el ginecólogo que figuren expresa y específicamente en esta relación, así como aquellos otros que, aun no recogidos concretamente, puedan también realizarse por dicho especialista.

Los actos terapéuticos no realizados por el ginecólogo deberán realizarse a través del cuadro médico de la póliza de asistencia sanitaria a la que este producto va asociado.

d) Preparación al parto.

e) Hospitalización médica ginecológica.

f) Hospitalización con internamiento y ambulatorio.

g) Hospitalización en UVI ginecológica. La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

h) Intervenciones ginecológicas. También se incluye:

- Las intervenciones de Mastectomía y Ligadura de trompas.
- Las intervenciones quirúrgicas ginecológicas realizadas a través de laserterapia.

i) Partos. También incluida asistencia por matrona y anestesia epidural.

Para todas las hospitalizaciones se cubren curas, tratamientos necesarios y medicación. Si hubiera ingreso se cubren los gastos de estancia y manutención del paciente y la habitación individual con cama para un acompañante, salvo para la hospitalización en UVI, que **por su naturaleza no incluye cama de acompañante.**

3. Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

- A) Las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos no realizados por el ginecólogo.
- B) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por este en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento durante su primer año de vida, conforme al apartado 2 de las cláusulas descriptivas de cobertura. Y dentro del límite establecido en estas condiciones generales.
- C) El reembolso de gastos de la asistencia sanitaria no quirúrgica prestada por el cónyuge del Asegurado o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad.
- D) Urgencias tanto hospitalarias como no hospitalarias.

4. Límites generales

La Aseguradora asume las obligaciones que recoge el apartado 6 de las cláusulas descriptivas de cobertura de esta póliza dentro de los límites que se establecen a continuación:

4.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO.

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en el apartado 6 de las cláusulas descriptivas de cobertura de esta póliza, pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España. Están excluidos todos los profesionales y centros concertados que figuran en los cuadros médicos de la Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual la Aseguradora otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.

4.2. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS.

Para la aplicación de las garantías incluidas, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de la Aseguradora a la mayor brevedad posible y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, conforme dispone el artículo 16 de la Ley.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización deberá comunicarlo dentro de los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia, sin perjuicio de lo establecido en la Ley.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

4.3. LÍMITES CUANTITATIVOS.

De utilizar el Asegurado alguna de las garantías, se aplicarán los siguientes límites cuantitativos:

a) Suma asegurada anual: 50.000 €. Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante la anualidad del seguro. Alcanzado este límite, se entenderán finalizadas las obligaciones de la Aseguradora, hasta una nueva anualidad.

En caso de que se produzcan altas de asegurados durante el periodo de vigencia con posterioridad a la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares, la suma asegurada establecida en estas condiciones generales para el primer año, será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la póliza, si la extinción es anterior a la fecha de vencimiento indicada en las condiciones particulares.

b) Límites parciales. Son los siguientes límites establecidos para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas que la Aseguradora reembolsará para cada tipo de acto médico especificado.

Asimismo, en el caso de varias intervenciones por la misma vía de abordaje, se indemnizará sólo la de mayor importe.

Si transcurridas 24 horas de la intervención, se requiriese una nueva, aunque tenga el mismo origen, se considerará como nueva intervención a los efectos de la indemnización.

SUMA ASEGURADA ANUAL POR ASEGURADO: 50.000 €			
% Reembolso	en España	80% de la factura	
	en el extranjero	80% de la factura	
Cantidades máximas a reembolsar			
Asistencia ambulatoria	Consulta Pediátrica (Medicina Primaria) Incluye administración de vacunas	70 € / consulta	
	Consulta Ginecológica (Incluidas pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados por el ginecólogo)	150 € / consulta	
Preparación al parto		300 € / anuales	
Asistencia Hospitalaria Ginecológica	Honorarios médicos para cualquier tipo de intervención. Incluido anestesista y ayudantía	25.000 € / anuales	
	Sin cirugía	Gastos razonables y acostumbrados	
	Otros gastos hospitalarios	Hospital	400 € / día
		U.V.I.	800 € / día
		Hospitalización tanto en régimen de internamiento como en régimen ambulatorio	500 € / proceso
	Legrado		3.000 € / anuales
	Parto. Incluido matrona, anestesista y ayudantía		3.000 € / anuales
Cesárea. Incluido matrona, anestesista y ayudantía			
Asistencia Hospitalaria del recién Nacido	Únicamente en el caso de que no se pueda trasladar al recién nacido dentro de la misma localidad a un centro concertado de la póliza a la que va asociado este producto, porque pueda empeorar su estado de salud	8.000 € / anuales	

4.4. MEDIOS SANITARIOS AJENOS A LA ASEGURADORA.

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, ésta no asume otras obligaciones que las citadas en el apartado 6 de las cláusulas descriptivas de cobertura de esta póliza.

5. Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados. **Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:**

Pruebas de diagnóstico realizadas por el ginecólogo	
Amniocentesis y Monitorizaciones Fetales.	3 meses
Laparoscopia Diagnóstica, Amnioscopia, Punción Biopsia Estereotáxica, Biopsia Quirúrgica de mama, Ecografía de Alta Definición y Funiculocentesis.	6 meses
Acto terapéutico realizado por el ginecólogo	
Retirar cerclaje de cuello uterino	6 meses
Hospitalización	
Intervenciones Quirúrgicas Ginecológicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	3 meses
Hospitalización Ginecológica o la Intervención Quirúrgica Ginecológica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día (Intervenciones del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial)	10 meses
Ligadura de trompas del apartado 2 de las cláusulas descriptivas de cobertura	6 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	

6. Reembolso de gastos sanitarios

Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según los apartados 2 y 3 de las cláusulas descriptivas de cobertura de esta póliza, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, ésta reembolsará al Asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las condiciones generales de este seguro.

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente:

- a)** Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b)** Originales de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos o copias que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
 - Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).
- c)** Prescripciones médicas originales o copias en caso de pruebas de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.
 - d)** En caso de hospitalización, informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a la Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales médicos y especialistas designados por la Aseguradora, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del contrato de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo médico que atienda al paciente.

Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a la Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el estado español.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por la Aseguradora.

Aunque la Aseguradora abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente a la Aseguradora de acuerdo con los límites establecidos en estas condiciones generales.

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

Adeslas

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

S.RE.268.11