

CONDICIONES PARTICULARES PARA LAS PÓLIZAS COLECTIVAS DE VEOLIA

Condiciones especiales de contratación de la póliza.

1. Cuestionario de Salud.

La contratación exigirá la previa cumplimentación del modelo de *Solicitud de Seguro* que, a tal efecto, suministrará **la Aseguradora**. Igualmente será requisito previo imprescindible la cumplimentación del *Cuestionario de Salud*, reservándose expresamente **La Aseguradora** la facultad de aceptar o rechazar total o parcialmente las solicitudes de seguro que se presenten.

No obstante lo anterior se exime de la obligación de aportar *Cuestionario de Salud* para altas con efecto enero 2018. Igualmente tampoco será necesario aportar *Cuestionario de Salud* durante el mes que sigue al alta del empleado con sus familiares directos, nuevos cónyuges por cambios de estado civil y nacimientos y/o adopciones..

2. Periodos de Carencia.

No serán de aplicación los períodos de carencia contemplados en las *Condiciones Generales* de la Póliza, existiendo, por tanto, plenitud de efectos para todas las prestaciones garantizadas en ella desde el mismo día de su entrada en vigor.

3. Mejora de coberturas.

Las presentes Condiciones Especiales, que forman parte integrante e inseparable de la póliza de seguro de asistencia sanitaria a la que se refieren, amplían las coberturas contenidas en las Condiciones Generales, incluyéndose las siguientes:

Otras Terapias.

Modalidad:

1. *Cuadro Médico*
2. *Reembolso 50% de la factura con un límite de 300€ / año.*

- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un profesional acreditado del Cuadro Médico asociado al producto a bajo prescripción médica. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado.**
- **Homeopatía.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado.**
- **Acupuntura.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado.**

Reconocimiento Médico

Se incluye en la cobertura de la póliza un reconocimiento médico anual. Las pruebas incluidas en dicho reconocimiento médico serán las siguientes:

- **CHEQUEO 1 (HASTA 30 AÑOS)**
 - Historia Clínica y exploración general.
 - Analítica:
 - Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM.
 - Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS.
 - Plaquetas.

Glucosa.
Acido Urico (Urea).
Colesterol. Prueba de LDL.
GOT-GPT.
Triglicéridos.
Hierro (para mujeres).
Orina.
ECG.
RX Tórax.
Examen Ginecológico con Citología Vaginal (para mujeres).
Agudeza visual.
Audiometría y Espirometría.

- **CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)**

Historia Clínica y exploración general.
Analítica:
Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM.
Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS.
Plaquetas.
Glucosa.
Acido Urico (Urea).
Colesterol.
GOT-GPT.
Triglicéridos.
Hierro (para mujeres).
Orina.
ECG.
RX Tórax.
Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años) (par mujeres).
Ecografía Abdominal
Agudeza Visual.
Audiometría y Espirometría.

- **CHEQUEO 3 (DE 46 A 65 AÑOS)**

Historia Clínica y exploración general.
Analítica:
Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM.
Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS.
Plaquetas.
Glucosa.
Acido Urico (Urea).
PSA (Próstata)
Colesterol.
GOT-GPT.
Triglicéridos.
Hierro (para mujeres).
Urea
H.D.L.
Fosfatasa alcalina.

Hemorragias ocultas.

Orina.

ECG.

RX Tórax.

Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años) (par mujeres).

Ecografía Ginecológica (para mujeres).

Ecografía Prostática (para hombres).

Ecografía Abdominal

Agudeza Visual.

Audiometría y Espirometría.

Cláusula de Tratamientos en curso.

Se considerará Tratamiento en curso al que se haya iniciado en fecha anterior a la del cambio de póliza, o al programado para iniciarse durante el primer mes de vigencia de la nueva póliza.

El asegurado deberá comunicar al Servicio de Atención al Cliente de la Oficina de Adeslas de la provincia de residencia en el momento del cambio de póliza, el tipo de tratamiento y el nombre de los profesionales médicos que le atienden.

Adeslas se compromete a reconducir, si es posibles dichos tratamientos a través de nuestro Cuadro Médico o vía concierto con el médico o clínica, facilitando al asegurado o clínica las oportunas autorizaciones para que los profesionales o centros facturen a Adeslas a partir de la fecha estipulada.

Si no es posible dicha alternativa, el asegurado abonará directamente al médico y Adeslas le reembolsará el 100% del importe al terminar el tratamiento iniciado de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1. Intervenciones quirúrgicas programadas en el mes de Enero de 2018 :** Adeslas asume el 100% los gastos derivados de dichas intervenciones.
- 2. Embarazos en curso que hayan superado los 90 días, parto, puerperio y atención al recién nacido:** Adeslas asume los gastos derivados del seguimiento del embarazo que ya esté siendo seguido por un facultativo ajeno al cuadro médico, así como los gastos derivados del parto, puerperio y atención al neonato. Las pruebas diagnósticas que fuesen prescritas por un facultativo ajeno al cuadro médico, se realizarán en Centros Concertados, previa autorización de la Aseguradora.
- 3. Enfermedades crónicas:** Adeslas asume los gastos derivados del tratamiento con un facultativo/centro médico ajeno al cuadro médico hasta un máximo de 3 meses.
- 4. Procesos agudos:** Adeslas asume los gastos derivados del tratamiento con un facultativo/centro médico ajeno al cuadro médico hasta un máximo de 1 mes.

Otros servicios complementarios.

- **Segunda Opinión Médica.**

El servicio de *Segunda Opinión Médica* permite al asegurado, ante cualquier diagnóstico relativo a una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional, y ello sin necesidad de desplazamiento y en un plazo breve de tiempo. El objetivo del servicio es ofrecer al asegurado la tranquilidad y la seguridad de contrastar su caso con expertos de reconocido prestigio. Sin ningún coste adicional.

La empresa de servicios CMV/Medvantis, perteneciente al grupo europeo Medvantis Medical Services, es la encargada de gestionar el servicio de *Segunda Opinión Médica*. Para ello, CMV

cuenta con los expertos y especialistas más destacado y reconocidos mundialmente en las distintas áreas de la medicina.

CMV le ofrece además servicios de selección de expertos médicos y centros hospitalarios a nivel mundial así como asesoramiento en caso de traslado nacional o internacional.

Para acceder a este servicio el usuario sólo tendrá que llamar al 902.200.200 e identificarse con su número de tarjeta y solicitar el servicio de *Segunda Opinión Médica*:

- ✦ El asegurado dará su consentimiento al equipo médico para la tramitación del servicio.
 - ✦ El equipo médico iniciará los trámites para recabar información necesaria sobre el caso.
 - ✦ Un Comité Clínico iniciará el proceso de selección de los especialistas expertos en la patología objeto de consulta, en cualquier parte del mundo.
 - ✦ El equipo médico elaborará y revisará el informe de *Segunda Opinión Médica*.
 - ✦ Finalmente, el equipo médico enviará el informe al solicitante y gestionará las dudas y aclaraciones pertinentes.
- **Suplemento Odontológico.**

Con independencia de los servicios asistenciales cubiertos en la Póliza, **la Aseguradora** garantiza a todos los asegurados incluidos en la misma un **“Suplemento Odontológico”**, sin incremento o recargo adicional en la prima pactada y según las coberturas descritas en el documento que se incorpora a este contrato como **Anexo nº 2**, formando parte integrante e inseparable del mismo. En dicho Anexo se especifica asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto para el año natural de 2017, que será abonada por el asegurado al Centro Odontológico que realice la prestación y que, en todo caso, deberá ser cualquiera de los que figuren relacionados en el *Catálogo de Servicios Dentales* de **la Aseguradora**. El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por **la Aseguradora** cada nuevo año natural.

Adeslas**EXTRA 150M**

Póliza de seguro de enfermedad.

| **condiciones especiales** |

Adeslas

SUMA ASEGURADA

La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al **80%** de dichos gastos, y siempre con un máximo de **150.000 €** por Asegurado y anualidad de Seguro.

La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en las Cláusulas Descriptivas de Cobertura 1 y 6 de Condiciones Generales.

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 Especiales 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.

LÍMITES ESPECIALES DE REEMBOLSO

No obstante lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación se establecen:

1) Asistencia ambulatoria

1.1. HONORARIOS MÉDICOS EN MEDICINA PRIMARIA/FAMILIAR Y MÉDICOS ESPECIALISTAS

Consulta.....**40.000 € anuales.**

En la cantidad citada quedan comprendidas todas las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta al Asegurado por el propio especialista encargado de establecer el diagnóstico y tratamiento.

2) Asistencia hospitalaria

2.1. HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a **40.000 € anuales.**

2.2. HONORARIOS MÉDICOS CUANDO NO EXISTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Gastos razonables y acostumbrados.

2.3. PRÓTESIS

La cantidad máxima a reembolsar será de **3.500 €** por Asegurado y anualidad de seguro.

2.4. OTROS GASTOS HOSPITALARIOS

Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de **1.000 € por día de hospitalización** del Asegurado. Si estuviera ingresado en UCI, el límite será de **1.300 € por día**.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de **500 € por cada tratamiento**.

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización, a excepción de los honorarios Médicos.

2.5. TRASPLANTES

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora en los casos de intervenciones quirúrgicas con la finalidad de efectuar un trasplante de órgano, no superará los siguientes límites:

Pulmón.....	150.000 € anuales
Hígado	150.000 € anuales
Corazón.....	150.000 € anuales
Médula ósea	150.000 € anuales
Riñón.....	150.000 € anuales
Córnea.....	10.000 € anuales

En estas cantidades se incluyen todos los gastos hospitalarios, honorarios Médicos y cualquier otro gasto sanitario cubierto derivado del trasplante.

3) Asistencia por maternidad

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de **5.000 € anuales**.

En estos importes quedan incluidos todos los gastos causados durante el ingreso, internamiento y visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en un centro incluido en el Cuadro Médico de la Aseguradora, siendo el tocólogo ajeno al Cuadro, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme la Modalidad II y reembolsará en concepto de honorarios hasta un máximo de **5.000 € anuales**.

4) Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de **8.000 €**.

5) Tratamientos especiales

Gastos razonables y acostumbrados.

6) Otras prestaciones

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

Odontología (sólo prestaciones cubiertas según Cláusulas Descriptivas de Cobertura 4 y 5 de Condiciones Generales)	365 € anuales
Rehabilitación y fisioterapia	1.500 € anuales
Psicoterapia	1.500 € anuales
para el límite de 20 sesiones y 3.000 € anuales para el límite de 40 sesiones en los casos de terapia derivada de trastornos alimentarios.	
Ambulancia	1.200 € anuales
Podología	200 € anuales
Preparación al parto	100 € anuales

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, 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.