

Seguro de SALUD

Documento de información sobre producto de seguro

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros
España - Cód. DGSFP - : C-124

Producto: Adeslas BÁSICO FAMILIA

El presente documento tiene carácter exclusivamente informativo acerca de las principales características del producto, de tal modo que no implica cobertura alguna por parte de la entidad aseguradora, ni aceptación del riesgo por la misma. La información precontractual y contractual completa relativa al seguro se facilita en otros documentos.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

El Seguro Adeslas Básico Familia es un seguro de Asistencia Sanitaria que permite acceder, dentro de las coberturas de la póliza, a la asistencia médica en régimen de consulta ambulatoria, especialidades y medios de diagnóstico a través de un amplio Cuadro Médico de profesionales y centros.



¿Qué se asegura?

- ✓ Medicina Primaria: Medicina General, Pediatría y Servicio de Enfermería.
- ✓ Especialidades Médico Quirúrgicas: Alergología, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vasculard, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica Reparadora, Cirugía Torácica, Dermatología Médico Quirúrgica, Endocrinología y Nutrición, Geriátria, Hematología y Hemoterapia, Inmunología, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Oncología Médica y Radioterápica, Otorrinolaringología, Psicología Clínica, Psiquiatría, Rehabilitación y Fisioterapia, Traumatología, Urología, etc.
- ✓ Medicina Preventiva: Controles Preventivos de Pediatría, Ginecología, Cardiología, Urología y Planificación Familiar.
- ✓ Medios de diagnóstico: Análisis Clínicos, Radiología General, Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología como RMN, TAC, etc.
- ✓ Otros servicios: Preparación al Parto y Podología.

Además puede contratarse opcionalmente a estas coberturas el módulo complementario de Adeslas Dental Familia.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ La asistencia sanitaria que precise hospitalización tanto en régimen de ingreso como en hospital de día (sin pernoctar en el centro hospitalario).
- ✗ Las intervenciones quirúrgicas diagnósticas y terapéuticas.
- ✗ Los servicios de urgencias hospitalarios.
- ✗ Los Cateterismos, Hemodinámica Vasculard, RX Intervencionista, Polisomnografía, PET, Radioterapia y Quimioterapia.
- ✗ Parto y Cesárea.
- ✗ Asistencia sanitaria por Alcoholismo, Drogadicción, Autolesiones.
- ✗ Fármacos y medicamentos de cualquier clase.
- ✗ Lesiones producidas por la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad.
- ✗ Enfermedades congénitas previas a la contratación.
- ✗ Tratamientos e intervenciones estéticas y/o cosméticas.
- ✗ Tratamientos o pruebas no contrastadas científicamente, y/o experimentales.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Vacunas serán por cuenta del asegurado.
- ! Podología está limitada a 12 sesiones por anualidad y persona.
- ! Psicología Clínica, está limitada a 20 sesiones o 40 sesiones en caso de trastornos alimenticios, por anualidad y persona.
- ! Para poder acceder a alguna de las prestaciones deberá haber transcurrido tres meses desde su contratación, según se define en el contrato.
- ! El contratante participará en el coste de los servicios recibidos detallados en su contrato. Por cada asegurado menor de 55 años, el límite máximo anual no superará la cantidad de 260 € por anualidad y persona.



¿Dónde estoy cubierto?

El ámbito territorial para las coberturas del seguro es:

- ✓ Asistencia Sanitaria Ambulatoria: en territorio nacional, en centros médicos concertados por la Aseguradora.

Seguro de SALUD

Documento de información sobre producto de seguro

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros
España - Cód. DGSFP - : C-124

Producto: Adeslas BÁSICO FAMILIA



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Facilitar a la Aseguradora, la documentación e información médica que en su caso le sea requerida.
- Pago del seguro.
- Utilizar los centros concertados para acceder a la prestación.
- Identificarse con la tarjeta sanitaria, que es personal e intransferible.
- Abonar la cantidad a cargo del asegurado por los servicios utilizados.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

Forma de Pago: domiciliación bancaria.

Periodicidad de Pago: mensual, bimensual, trimestral, semestral y/o anual a acordar entre el Cliente y la Aseguradora.

Fecha de Primer Pago: en la fecha de inicio del seguro.

Fecha de los Pagos sucesivos: día 1 del mes que corresponda según fraccionamiento.



¿Cuándo comienza y finaliza el contrato?

Fecha de Inicio: a pactar con el Cliente y la Compañía Aseguradora.

Fecha de Finalización: se determinará en función de lo pactado en el contrato.

Renovación: automática por anualidades, salvo oposición de alguna de las partes.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El contratante podrá oponerse a la prórroga del seguro mediante notificación escrita y firmada a la Aseguradora, con una antelación no inferior a un mes a la fecha de finalización del seguro.

El presente documento tiene carácter informativo, es decir, que no supone un compromiso contractual para las partes. Su objetivo es informar del precio del seguro en la fecha de emisión del mismo. La información está sujeta a las Condiciones de la póliza. Cualquier solicitud de seguro presentada, está sujeta, en cualquier caso, a las normas de selección y tarificación de riesgos y a las condiciones generales de la póliza, vigentes en la fecha de formalización de la misma.

Datos del asegurador

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. Informe sobre la situación financiera y de solvencia de la aseguradora
Cada anualidad, la aseguradora publicará en su página web un informe sobre su situación financiera y de solvencia. Dicho informe podrá ser consultado en www.segurcaixaadeslas.es/informesolvencia.

Nombre del producto

Adeslas Básico Familia

Datos de la simulación de seguro

Número de simulación: 2019042772628
Mediador: B87855268 SEGURGES 7. PICOS
Fecha de simulación: 01/04/2019 Simulación válida hasta: 16/04/2019 para contrataciones realizadas en la provincia de: MADRID
Importe recibo y periodicidad: 14.50 € MENSUAL

El importe del primer recibo será proporcional a los meses asegurados

Impuestos y recargos según legislación vigente a: 01/04/2019

Condiciones vigentes hasta la próxima renovación, el: 31/03/2020

Campaña comercial: Abono de prima según campaña promocional. Bases en www.adeslas.es

Datos de los asegurados

Asegurados	Fecha de Nacimiento	Módulos adicionales	Profesión
1 Asegurado	01/01/1981		900 - ADMINISTRATIVO

Tipo de seguro

Seguro de prestación de asistencia sanitaria sin internamiento hospitalario que se presta a través del cuadro médico establecido por el Asegurador, y sin admitir indemnizaciones sustitutivas de esta prestación.

Algunas prestaciones están sujetas al pago de un importe entre 4,00 euros y 120,00 euros en concepto de copago. No se concederán indemnizaciones en metálico sustitutivas de la prestación de asistencia sanitaria a través de los profesionales y centros concertados por el asegurador.

Cuestionario de Salud

Este seguro no requiere la cumplimentación de ningún cuestionario de salud.

Descripción de Coberturas contratables y Opciones ofrecidas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza, son los que se detallan a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el epígrafe de Exclusiones de la cobertura:

1. COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

A. MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y Puericultura. Para niños menores de catorce años.
- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora.

B. ESPECIALIDADES

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas intraconsulta de las siguientes especialidades:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesiología y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vascolar.
- Aparato Digestivo. Queda excluida la cápsula endoscópica.
- Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilo-Facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y Nutrición.
- Geriatria.
- Hematología y Hemoterapia.
- Inmunología.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo.
- Odonto-Estomatología. Incluye una limpieza de boca cada anualidad de seguro. A partir de la segunda limpieza de boca dentro de la anualidad será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica.
- Oncología médica y radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psicología Clínica: Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora. Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y Fisioterapia. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora. Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta o cuando se convierta en terapia de

mantenimiento, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.

- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.

C. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- Urología: revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.
- Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo.

D. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Los medios de diagnóstico que a continuación se relacionan, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

- Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.
- Radiología general: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología:
- Inmunohistoquímica, ergometría, holter.
- Resonancia magnética y TAC (Scanner).
- Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
- Medicina Nuclear.
- Amniocentesis y cariotipos.
- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna cuando estén medicamente indicados para el cribado prenatal. Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos y cualesquiera otra técnica genética o de biología molecular.

E. OTROS SERVICIOS

- Preparación al parto. Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.
- Logopedia y foniatría. Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).

F. SERVICIOS ADICIONALES

- Servicio de atención telefónica 24 horas: todo un equipo de profesionales estará para atender sus dudas relacionadas sobre enfermedades, síntomas, tratamientos, etc.
- Psicoterapia: precios especiales por sesión, una vez excedidas las sesiones cubiertas dentro de la garantía de la póliza.

G. EXCLUSIONES COMUNES DE LA COBERTURA

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente, serán de aplicación a toda la cobertura de Asistencia Sanitaria, las siguientes exclusiones:

- A) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

B) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

C) La asistencia sanitaria que precise de hospitalización, ya sea en régimen de ingreso, cirugía ambulante u hospital de día

D) Las intervenciones quirúrgicas, diagnósticas y/o terapéuticas.

E) Los actos terapéuticos excepto los realizados por especialistas en rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, logopedia y odontoestomatología con el alcance que se describe en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

F) La asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios.

G) Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, la polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), la radioterapia y la quimioterapia.

H) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase.

I) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.

J) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.

K) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.

L) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.

M) Los gastos de transporte del Asegurado al centro sanitario y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia.

Ñ) Asistencia al parto y cesárea.

N) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experi-mental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.

2. SEGUROS COMPLEMENTARIOS / MÓDULOS ADICIONALES

Este producto ofrece la posibilidad de contratar de forma complementaria al seguro de asistencia sanitaria y opcionalmente para cada asegurado de la póliza, los siguientes módulos adicionales: Dental Familia: seguro complementario de asistencia bucodental que presta servicio a través de un amplio cuadro médico dental que permite el acceso a todos los servicios odontológicos mediante el pago de franquicias y/o de forma gratuita. Podrá consultar la relación de franquicias actualizadas en www.segurcaixaadeslas.es/franquiciasdentales. Su contratación dentro de este producto de asistencia sanitaria, proporciona un descuento sobre su prima estándar.

Para más información, consultar el documento de nota informativa de este seguro complementario.

3. PERIODOS DE CARENCIA

Medios de Diagnóstico de alta tecnología: tendrán un periodo de carencia de TRES MESES.

4. COPAGO

El Asegurado colaborará por el uso de determinados servicios con una participación económica para sufragar el coste de los mismos.

Importe y detalle de los copagos:

- Enfermería	4,00 €
- Medicina General	9,00 €
- Pediatría - Puericultura	10,00 €
- Medicina General (Consulta a Domicilio), Psicoterapia, Especialidades Médico - Quirúrgicas, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por la Imagen, Resto de Pruebas y Actos	16,00 €
- Pruebas Genéticas, Medicina Nuclear, Tomografía Axial, Endoscopias Digestivas	70,00 €
- Resonancias	120,00 €
- Podología	5,00 €

- Tratamiento de Rehabilitación y Fisioterapia 6,00 €
- Preparación al Parto 70,00 €

El límite máximo anual que el tomador abonará en concepto de copagos por cada asegurado menor de 55 años y anualidad de seguro, será de 260 euros anuales. En caso de periodos de seguro inferiores al año, dicho límite será proporcional.

El límite máximo anual no resultará de aplicación cuando el uso de servicios sanitarios incluidos en la póliza se realice por asegurados de 55 o más años de edad.

Condiciones, Plazos y Vencimiento de las Primas

1. Cuestiones generales

El importe de la prima del seguro, está indicado en la 1ª hoja de este documento. La prima es anual, si bien puede pactarse su fraccionamiento mensual (recargo del 6%), bimestral (recargo del 6%), trimestral (recargo del 4%) o semestral (recargo del 2%).

2. Comunicación anual del vencimiento de las primas y actualizaciones:

Dos meses antes de la renovación del seguro el asegurador comunicará por escrito al tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

La nueva prima se calculará teniendo en cuenta el aumento de edad del Asegurado, el incremento del coste de los servicios sanitarios, la provincia correspondiente al domicilio, el aumento de la frecuencia global de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación de la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias, el Asegurador, anualmente, podrá actualizar el importe de las primas del seguro y de los copagos. Los incrementos de prima podrán ser ajenos al IPC general.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, si el tomador no comunica al Asegurador su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que registrarán las nuevas condiciones económicas.

3. Tarifas de prima. Identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima.

La prima se calculará con arreglo a los costes de los servicios sanitarios de las coberturas y prestaciones cubiertas durante el correspondiente periodo de vigencia del seguro, la edad del Asegurado y la provincia de contratación, utilizando hipótesis actuariales razonables admitidas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Asimismo, puede consultar en todo momento las tarifas de prima estándar aplicables de las que ya ha sido informado, en www.segurcaixaadeslas.es/tarifassalud

4. Condiciones de resolución del contrato y oposición a la prórroga

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares. A su vencimiento, y siempre que el tomador esté al corriente en el pago de las primas y copagos, el contrato se renovará tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la renovación del contrato por escrito, con un mes de antelación en el caso del Tomador del seguro y dos meses en el caso del Asegurador. (Para más información, en relación a determinados casos en que la Aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato, ver Anexo I).

No obstante a lo anterior, el contrato podrá ser resuelto por la Aseguradora antes de su vencimiento en cualquiera de las situaciones siguientes:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud. La Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la póliza. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

b) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Aseguradora sólo podrá resolver el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

5. Rehabilitación del Seguro

En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

6. Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España.

La Aseguradora podrá modificar esta relación de proveedores asistenciales mediante bajas o altas de los mismos.

La Aseguradora mantendrá actualizada la relación de proveedores asistenciales que estará accesible en su página web: www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico.

Además, la Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. En cada oficina de atención al público de la Aseguradora se encontrará disponible para los Asegurados el Cuadro Médico provincial correspondiente.

Es obligación del asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encontrasen en alta en la fecha de solicitud de la asistencia.

Instancias de Reclamación

1. El tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes contado desde la fecha de presentación de la misma.

2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

Tributos Repercutibles

En el recibo del seguro de asistencia sanitaria se incluye un recargo del 1,5 por 1.000 del importe de las primas, correspondiente al Recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades aseguradoras.

Legislación aplicable

El seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados. Asimismo se rige por lo convenido en la póliza.

Estado y autoridad de control del Asegurador

El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Régimen fiscal

Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, podrá deducirse la prima pagada hasta 500 euros por persona, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador; esta cuantía asciende a 1.500 euros en el caso de personas con discapacidad (En el caso de Navarra, el límite de 500 euros se aplica por cada uno de los miembros incluidos en la póliza que no superen los 30 años de edad, o sin límite de edad cuando el asegurado tenga una discapacidad superior al 33%).

Si el tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades o IRPF). La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del beneficiario/a.

Información básica sobre Protección de Datos Personales

RESPONSABLE	SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros
FINALIDAD	Tramitación de la simulación de seguro y realizar el cálculo del importe de la prima a abonar. De no formalizarse la póliza, transcurridos diez días hábiles desde la fecha de finalización de validez de esta simulación, los datos contenidos en la misma serán objeto de cancelación.
LEGITIMACIÓN	Ejecución de un contrato (desarrollo de medidas precontractuales a solicitud del interesado).
DESTINATARIOS	No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal.
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
ORIGEN DE LOS DATOS	El responsable del tratamiento podrá utilizar datos obtenidos de fuentes públicas con la finalidad de realizar la simulación solicitada.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos .

Información sobre el mediador

En caso de suscribirse el seguro al que hace referencia la presente Nota Informativa, en el mismo intervendrá como mediador:

SEGURGES 7. PICOS

NIF:B87855268

Código de registro:AG20177217

Teléfono: 918456363 / 615099424

Mail: pulidoje@oac.segurcaixaadeslas.es

Domicilio: CALLE DE MIGUEL DE CERVANTES
9 LOC 55

Localidad:COLMENAR VIEJO

Código Postal: 28770

El mediador realiza una venta informada, conforme a las exigencias y necesidades del cliente, ofreciendo una información objetiva y comprensible del producto.

El mediador figura inscrito en el Registro administrativo de mediadores de seguros dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en Madrid (28046), Paseo de la Castellana, nº 44. Estos datos podrán consultarse en el mencionado organismo, con el código de registro indicado o en su página web.

El mediador no posee una participación directa o indirecta del 10 por ciento o superior en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora. Ninguna entidad aseguradora o su matriz, posee una participación directa o indirecta del 10 por ciento o superior en el capital o en los derechos de voto del mediador.

El mediador realiza la actividad de mediación en su condición de agente/agencia exclusiva de SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS estando obligado contractualmente a realizar operaciones de seguro exclusivamente para dicha entidad y no está autorizado para operar con otro asegurador.

El mediador trabaja a cambio de una comisión incluida en la prima. Adicionalmente podrá percibir cualquier otro tipo de remuneración de acuerdo al ejercicio de su actividad. En ningún caso ello supondrá un conflicto de interés ni coste adicional para el titular del seguro.

El Asegurador,
SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

LIMITACIONES A LA OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA POR PARTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN LOS CONTRATOS DE SEGURO CON PARTICULARES EN LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA CON CUADRO MEDICO EN CASOS DE EDAD AVANZADA O ENFERMEDADES GRAVES

Los contratos de seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de servicios con cuadro médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las entidades aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad.

No obstante lo anterior, la entidad aseguradora adherida a la presente Guía no se opondrá a la prórroga del contrato en los supuestos recogidos en este anexo y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.

2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.

3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

- El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.

4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

El Asegurador,
SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros



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.