

# 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 PLENA EXTRA

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 Plena Extra es un seguro mixto que permite combinar la utilización de Reembolso de Gastos Sanitarios para acceder a profesionales y centros médicos de libre elección, con la Asistencia Sanitaria a través del Cuadro Médico concertado por la Aseguradora, pudiendo disfrutar en ambos casos de cobertura de asistencia médica, quirúrgica, urgencias, especialidades, medios de diagnóstico y hospitalización.



#### ¿Qué se asegura?

- ✓ Medicina Primaria: Medicina General, Pediatría y Servicio de Enfermería.
- ✓ Urgencias en centros concertados y en domicilio.
- ✓ Especialidades Médico Quirúrgicas: Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugías, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Oncología Médica y Radioterápica, Otorrinolaringología, Psicología Clínica, Rehabilitación, Medicina Interna, Traumatología, Urología, etc.
- ✓ Medios de Diagnóstico: Análisis Clínicos, Radiología General, Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología como RMN, TAC, etc.
- ✓ Hospitalización: Quirúrgica, Médica, Pediátrica, UVI, Psiquiátrica y Hospital de Día.
- ✓ Implantes y Prótesis Quirúrgicas: Marcapasos, Prótesis Internas Traumatológicas, Lentes Monofocales y Bifocales, etc.
- ✓ Tratamientos Especiales: Logopedia y Foniatría, Laserterapia, Quimioterapia y Oncología Radioterápica, Tratamiento del Dolor, etc.
- ✓ Trasplantes de Médula Ósea, Córnea, Corazón, Pulmón, Hígado y Riñón.
- ✓ Otros servicios: Ambulancias, Preparación al Parto y Podología.
- ✓ Asistencia Sanitaria en el extranjero como consecuencia de una enfermedad o accidente sobrevenido durante el viaje: queda cubierta la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria. Además, esta cobertura incluye: gastos odontológicos de urgencia, traslado sanitario o repatriación médica, gastos de regreso por alta hospitalaria, etc.

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



#### ¿Qué no está asegurado?

- ✗ 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.
- ✗ Residencia o estancia superior a nueve meses en el extranjero.



#### ¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Las prestaciones a las que se acceda por Reembolso, la Aseguradora reembolsará el 80% de los gastos con un máximo de 150.000 € por persona y anualidad de seguro. Estas prestaciones de reembolso están sujetas a límites parciales detallados en el contrato, algunos de ellos son:
- ! Asistencia Ambulatoria: 40.000 €.
- ! Intervención Quirúrgica: 40.000 €.
- ! Prótesis: 3.500 €.
- ! Gastos Hospitalarios: 1.000 € por cada día de hospitalización y 1.300 € por UCI, y 500 € en hospital de día.
- ! Maternidad: 5.000 €.
- ! Enfermedades congénitas: 8.000 €.
- ! La Hospitalización Psiquiátrica se limita a 60 días por anualidad y persona.
- ! Psicología Clínica, está limitada a 20 sesiones o 40 sesiones en caso de trastornos alimenticios, por anualidad y persona.
- ! Podología está limitada a 12 sesiones por anualidad.
- ! Para poder acceder a alguna de las prestaciones deberá haber transcurrido tres, seis o diez meses desde su contratación, según se define en el contrato.
- ! Asistencia en viaje en el extranjero estará limitada a 12.000 € por anualidad y persona (con sublímites establecidos en el contrato). La estancia máxima cubierta en el extranjero no podrá exceder de 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.

# 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 PLENA EXTRA



### ¿Dónde estoy cubierto?

El ámbito territorial para las principales coberturas del seguro es:

- ✓ **Asistencia Sanitaria:** en territorio nacional, en Centros Médicos concertados por la Aseguradora.
- ✓ **Reembolso de Gastos:** podrá realizarse en Centros Médicos de libre elección en todo el mundo, siempre que no supere nueve meses de residencia fuera del territorio nacional.
- ✓ **Asistencia en Viaje en el Extranjero:** se extiende a todo el mundo en desplazamientos inferiores a 90 días.



### ¿Cuáles son mis obligaciones?

- Declarar en el cuestionario de salud previo a la contratación todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo según su estado de salud.
- 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.
- Para recibir el abono de facturas de reembolso de gastos médicos, deberá presentarse un impreso de solicitud de reembolso, junto las facturas relativas a los gastos sanitarios debidamente cumplimentadas, prescripción e informes médicos solicitados.



### ¿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](http://www.segurcaixaadeslas.es/informesolvencia)

### Nombre del producto

Adeslas Plena Extra 150

### Datos de la simulación de seguro

Número de simulación: 2019042772643  
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: 79 € 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

### Datos de los asegurados

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

## Tipo de seguro

Seguro de asistencia sanitaria mixto, que presta servicio en 2 modalidades: a través de reembolso de gastos sanitarios, y también mediante cuadro médico concertado.

## Cuestionario de Salud

Declaración realizada y firmada por el Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve a La Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

La inclusión de cada Asegurado en la póliza está supeditada a la aceptación del cuestionario de salud requerido por La Aseguradora.

El Asegurado deberá responder y firmar (o su representante legal en caso de menores de edad) el cuestionario de salud.

Es imprescindible que la información suministrada por el Asegurado respecto a su salud sea veraz; en caso contrario y/o de omisión a facilitar la información requerida, La Aseguradora podrá denegar la contratación del seguro.

Además, La Aseguradora, podrá aceptar la contratación y/o renovación de la póliza excluyendo la/s coberturas y/o riesgos preexistentes declarados por el Asegurado o resultantes en las pruebas o exámenes médicos.

## Descripción de Coberturas contratables y Opciones ofrecidas

### A) COBERTURAS OBLIGATORIAS

#### A.1 Cobertura de Asistencia Sanitaria

##### A.1.1) Modalidades:

**MODALIDAD I: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A TRAVÉS DE REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS.** Cuando el Asegurado reciba asistencia sanitaria de profesionales y/o centros ajenos al cuadro médico establecido por el asegurador, éste reembolsará el 80% del coste total de la factura procedente de dicha asistencia cubierta por la póliza.

El límite máximo establecido para la suma total a reembolsar en concepto de gastos sanitarios es 150.000 € año/Asegurado, En caso de que se produzcan altas de asegurados con posterioridad al inicio de la anualidad del seguro en curso, la suma asegurada será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad si se produce la baja de algún asegurado antes del vencimiento del período del seguro en curso o el importe proporcional a la fracción de la anualidad del seguro en la que el Asegurado es dado de alta en la póliza.

Asimismo, el reembolso a efectuar por La Aseguradora, no excederá de los límites que a continuación se detallan:

#### 1. ASISTENCIA AMBULATORIA

##### 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, anestesiistas 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 del 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 U.V.I., 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

## MODALIDAD II: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A TRAVÉS DE CUADRO MÉDICO CONCERTADO.

La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

3.1. 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 editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinar aplicas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: [www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico](http://www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico).

El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurran todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

3.2. La visita domiciliar de Medicina General y enfermería, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos.

La Aseguradora se obliga a prestar la asistencia únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona; cualquier cambio de este deberá notificarse al Asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

3.3. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal que La Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, La Aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 13ª (Cláusulas Jurídicas).

**3.4. PARA LA HOSPITALIZACIÓN Y PARA LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA, SERÁ NECESARIA LA PRESCRIPCIÓN POR EL MÉDICO QUE TENGA A SU CARGO LA ASISTENCIA DEL ASEGURADO, EL CUAL DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD PREVIA DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS.** Una vez otorgada esa conformidad, vinculará económicamente a La Aseguradora.

En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, PERO EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO. La Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la prescripción del Médico, por entender que no queda cubierta en la Póliza.

**3.5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que La Aseguradora tiene establecidos, cuya dirección y teléfono figuran en el Cuadro impreso que se entrega al Asegurado.**

#### 1.1.2. Cartera de Servicios con cobertura.

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 a la cobertura":

#### 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. URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en el Cuadro Médico de La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

#### C. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesia y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular. Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- Aparato digestivo. Queda excluida la cápsula endoscópica.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo. Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- Cirugía maxilofacial. Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo, queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora. Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía mediante prótesis mamaria, incluirá, la prótesis mamaria y los expansores de piel.
- Cirugía torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriatría.
- Hematología y hemoterapia.

- Inmunología.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.
- Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
- Oncología médica y radioterápica.
- Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO2.
- 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, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (Exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro) y la rehabilitación cardíaca (Exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). 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. Cirugía artroscópica. Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.
- Urología. Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.

#### D. 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. Ligadura de trompas y vasectomía. Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.

#### E. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- 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, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología:
- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos,
- Polisomnografía.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
- 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, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario 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 -PET/TAC (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).

Aminocentesis 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 o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

- Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular. Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas 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.

## F. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de La Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- Hospitalización obstétrica (partos). Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.

Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y, en su caso, los implantes quirúrgicos y prótesis. especificados en el epígrafe G de la Descripción de Coberturas contratables y Opciones ofrecidas Sanitaria de esta Nota Informativa.

- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

- Hospitalización pediátrica. Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).

- Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de sesenta días por cada anualidad de seguro.

- Hospitalización de día. Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

## G. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por La Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- Cardiovasculares: Marcapasos (monocamerales, bicamerales y resincronizadores, con exclusión de los desfibriladores), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular.

- Osteoarticulares: Prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteoligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales.

- Mama: Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada.

- Oftalmológicos: Lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas (con exclusión de las lentes tóricas y trifocales).

- Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios implantables (ports).

- Implantes reparadores: Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, ortesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

## H. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- Terapias respiratorias a domicilio. Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP)



y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).

- Transfusiones de sangre y/o plasma.

- 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).

- Laserterapia. Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación musculoesquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- Nucleotomía percutánea.

- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.

- Quimioterapia. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.

- Oncología radioterápica. Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurolugía esterotáxica en los tumores intracraneales. y la radioterapia de intensidad modulada Cuando estén medicamente indicadas. Se excluye la terapia con haz de protones.

- Litotricia renal.

- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

- Tratamiento del dolor. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.

Los tratamientos anteriores, 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.

#### I. TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE ORIGEN HUMANO

El Seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante de órgano (cornea, médula ósea, corazón, pulmón, hígado y riñón) con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

#### J. OTROS SERVICIOS

- Ambulancias. Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.

- 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 quiropodía en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.

#### K. EXCLUSIONES COMUNES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura, 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) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante.

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

E) 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.

F) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, 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 éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la Póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1.E. (Cláusulas Jurídicas).

G) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.

H) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

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

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

K) Los gastos por viaje y desplazamientos.

L) 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.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y J), La Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

## 1.2. OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

Adicionalmente, se incluye la cobertura de Asistencia en Viaje en el extranjero que garantiza cobertura de asistencia sanitaria urgente en todo el mundo hasta 12.000 euros, repatriación de Asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel, billete de ida y vuelta para familiares desplazados.

También se incorpora dentro de las garantías de la póliza el seguro de Protección de Pagos a través del cual el Asegurador hace frente al pago de las primas establecidas en el contrato en caso de incapacidad temporal y desempleo, e incapacidad permanente absoluta y fallecimiento del Tomador de la póliza.

Ambos seguros tienen definidos detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, carencias y las exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

## 1.3. SERVICIOS ADICIONALES

Consulte con su mediador o en nuestra web, el detalle de estos servicios complementarios:

- Atención telefónica 24hrs
- Segunda Opinión Médica
- Planes de Prevención y Cuidado
- Cirugía Refractiva, Psicoterapia, Homeopatía, Criopreservación, etc.
- Club Adeslas

## B.) COBERTURAS OPCIONALES

Este producto ofrece la posibilidad de contratar de forma complementaria al seguro de asistencia sanitaria y opcionalmente para cada asegurado de la póliza, el siguiente módulo adicional: 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](http://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

Las carencias citadas a continuación, hacen referencia a las cláusulas que componen las condiciones generales de la póliza.

### A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

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

## B. HOSPITALIZACIÓN

- Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial) tendrán un periodo de carencia de TRES MESES.
- Hospitalización e intervención quirúrgica: por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día (Intervenciones del grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial) tendrán un periodo de carencia de DIEZ MESES, excepto la ligadura de trompas y vasectomía (cláusula 4.6. Cláusulas Descriptivas de Cobertura) que tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.

Asimismo, para que La Aseguradora sufrague el coste de las prótesis (no su implantación) el periodo de carencia será de DIEZ MESES.

En caso de 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 por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

## C) TRATAMIENTOS ESPECIALES

Tendrán un periodo de carencia de TRES MESES los siguientes tratamientos especiales:

- Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculoesquelética.
- Nucleotomía percutánea.

Tendrán un periodo de carencia de DIEZ MESES los siguientes tratamientos especiales:

- Laserterapia. Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales.
- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.
- Litotricia renal.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica.
- Tratamiento del Dolor.

## 4.) COPAGO

No existe copago para este producto.

## Forma de Cobro de la prestación para la Modalidad I: Reembolso de gastos

1. 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 o copias de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos 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) Originales o copias de las prescripciones médicas en caso de medios 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.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de la anterior documentación.

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. Cuando los documentos aportados se encontrasen redactados en los idiomas inglés y/o francés, y el Asegurado no aporte traducción de los mismos, éste da conformidad a la Aseguradora para que sea ésta quien proceda a su traducción al castellano. En tal supuesto, el Asegurado acepta la traducción así realizada por La Aseguradora.

2. 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 al Asegurador de acuerdo con los límites establecidos en Condiciones Especiales.

## 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, cada anualidad de seguro, podrá actualizar el importe de las primas del seguro del porcentaje y límites de reembolso de gastos y la suma asegurada establecidos en la descripción de las coberturas. 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 regirán 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](http://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, 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 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.

d) En los supuestos de utilización de la modalidad de reembolso, si no presenta la documentación original cuando sea requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportada no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.

### 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 a través de reembolso de gastos sanitarios, podrá acudir a cualquier centro o profesional sanitario a nivel mundial, para la prestación de los servicios incluidos en póliza, excepto aquellos que figuren en los cuadros médicos de la Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta

circunstancia antes de recibir asistencia.

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza mediante cuadro médico, 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](http://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.

- En el caso de asistencia sanitaria mediante cuadro médico no se concederán indemnizaciones en metálico. No obstante, el asegurador asume la prestación de la asistencia sanitaria concertada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

## **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 y un 6% del importe de las primas por la cobertura de asistencia en viaje, correspondiente al Impuesto sobre Primas de Seguros.

## **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.

## **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

<b>RESPONSABLE</b>	SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros
<b>FINALIDAD</b>	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.
<b>LEGITIMACIÓN</b>	Ejecución de un contrato (desarrollo de medidas precontractuales a solicitud del interesado).
<b>DESTINATARIOS</b>	No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal.
<b>DERECHOS</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
<b>ORIGEN DE LOS DATOS</b>	El responsable del tratamiento podrá utilizar datos obtenidos de fuentes públicas con la finalidad de realizar la simulación solicitada.
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>	Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas en la siguiente página web: <a href="http://www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos">www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos</a> .

### 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](mailto: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.