

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 SENIORS

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 Seniors es un seguro de Asistencia Sanitaria que permite acceder, dentro de las coberturas de la póliza, a la Asistencia Médica, Quirúrgica, Urgencias, Especialidades, Medios de Diagnóstico y Hospitalización a través de un amplio Cuadro Médico de profesionales y centros. Además puede acceder al "Asesor de Salud" que le facilitará el acceso a las coberturas, evaluación de su estado de salud y seguimiento para disponer de la mejor atención sanitaria.



¿Qué se asegura?

- ✓ Medicina Primaria: Medicina General y Servicio de Enfermería.
- ✓ Urgencias en centros concertados y en domicilio.
- ✓ Especialidades Médico Quirúrgicas: Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugías, 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, 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 y de Córnea.
- ✓ Otros servicios: Ambulancias 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.
- ✗ Asistencia obstétrica y los tratamientos de reproducción asistida.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Vacunas serán por cuenta del Asegurado.
- ! La Hospitalización Psiquiátrica se limita a 50 días por anualidad y persona.
- ! Podología está limitada a 12 sesiones por anualidad.
- ! 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, seis o diez meses desde su contratación, según se define en el contrato.
- ! El contratante participará en el coste de los servicios recibidos, que están detallados en su contrato, en función del profesional y/o centro médico elegido para la prestación, de si los mismos se han realizado a través del Asesor de Salud, y de si el servicio prestado es ambulatorio y/o hospitalario.
- ! 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.



¿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.
- ✓ **Asistencia en Viaje en el Extranjero:** se extiende a todo el mundo en desplazamientos inferiores a 90 días.

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 SENIORS



¿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.
- 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 Senior

Datos de la simulación de seguro

Número de simulación: 2019042772675
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: 80 € 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	01/01/1954		900 - ADMINISTRATIVO

Tipo de producto

Seguro de prestación de asistencia sanitaria a través de los cuadros médicos establecidos por el Asegurador, y sin admitir indemnizaciones sustitutivas de esta prestación. La asistencia podrá recibirse a través de los profesionales y establecimientos sanitarios integrados en el Cuadro Médico General y en las provincias en que se encuentre establecido, y a través de los profesionales y establecimientos pertenecientes a la Ampliación del Cuadro Médico. La Aseguradora facilitará al Asegurado la posibilidad de acudir a un facultativo, denominado Asesor de Salud quien, a instancia del Asegurado, podrá realizarle una primera evaluación de su estado de salud, así como facilitarle asistencia sanitaria y recomendaciones respecto al seguimiento de Planes Asistenciales y de Prevención para el mejor cuidado de su salud.

Este Asesor de Salud, podrá realizar un seguimiento periódico del asegurado y una coordinación con otros facultativos especialistas que puedan intervenir en su asistencia.

El Asesor de Salud, mediante el proceso de derivación, permitirá al Asegurado acceder a las prestaciones ambulatorias de su póliza a través de los profesionales y centros del Cuadro Médico General en condiciones de copago reducido y con aplicación de Límite Máximo Anual para este tipo de servicios ambulatorios.

Algunas prestaciones están sujetas al pago de un importe en concepto de copago, detallado en el epígrafe D "COPAGOS" del apartado Descripción de las coberturas contratables.

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

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

1) COBERTURAS OBLIGATORIAS

1.A. Cobertura de Asistencia Sanitaria

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 la letra K "Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria":

A. MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.

- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico 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 la lista de facultativos y centros sanitarios concertados por el Asegurador. 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 CMG o de la ACM), 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/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.

- Cirugía maxilo-facial. 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 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.
- Geriátrica.
- Ginecología
- Hematología y hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del 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 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 y la del suelo pélvico.
- 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. Queda incluida la vasectomía.

D. MEDICINA PREVENTIVA

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

- 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.
- Urología: revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.

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).
- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también 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. 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 cualesquiera 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 CMG o de la ACM. Médicos 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 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 apartado G.
 - Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
 - 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 cincuenta 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 osteo-ligamentoso 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 ortoprotésis 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).
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.
- Logopedia y foniatría. Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos.
- Laserterapia. Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, 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.

- 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.
- 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 radionecroterapia 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.

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 autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, 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.
- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia 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 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) 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) La asistencia obstétrica y los tratamientos de reproducción asistida.
- J) 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.
- K) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y K), 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.B. 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.

1.C. 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, etc.
- Club Adeslas

2.) 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. 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

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

Medios de diagnóstico	
Medios de diagnóstico de alta tecnología	3 meses
Medios de diagnóstico intervencionista	6 meses
Hospitalización	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial)	3 meses
Vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	10 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y prótesis	10 meses
Intervenciones quirúrgicas que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto.	
Tratamientos Especiales	
Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	3 meses
Nucleotomía percutánea	3 meses
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.	10 meses
Diálisis	10 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	10 meses
Litotricia renal	10 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	10 meses
Tratamiento del dolor	10 meses

4. COPAGOS. LÍMITE MÁXIMO ANUAL

El Tomador por cada servicio recibido por los Asegurados abonará a la Aseguradora, en concepto de copagos, los importes que, para cada clase de servicio, se describen a continuación:

1) Copago reducido por servicios ambulatorios: Los importes que el Tomador debe abonar por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados para las especialidades A, sin la aplicación de copagos, o especialidades B, con la aplicación de copagos reducidos, deberá realizarse siempre a través de proveedores sanitarios del Cuadro Médico General y previa derivación de servicio por parte del Asesor de Salud son los que a continuación se indican:

Especialidades A: Medicina General, Geriátrica, Medicina Interna, Enfermería, Alergología, Dermatología, Reumatología Traumatología y Ortopedia, Urología, Angiología y Cirugía Vascul ar, Análisis Clínicos (excepto pruebas genéticas) Diagnóstico por la imagen (excepto TAC y RMN), Rehabilitación, Fisioterapia, Tratamiento del dolor, Cuidados Paliativos, Oxigenoterapia y Ventiloterapia.

Tipo de Servicio Ambulatorio para especialidades A	Copago en euros
Consultas	0,00
Pruebas de diagnóstico intraconsulta	0,00
Análisis clínicos (excepto genética)	0,00
Radiología simple y especial (excepto TAC y resonancia)	0,00
Ecografía	0,00
Endoscopia urológica	0,00
Densitometría ósea y mamografía	0,00
Anatomía patológica	0,00
Anatomía patológica: Inmunohistoquímica	0,00
Actos terapéuticos intraconsulta	0,00
Láser (por sesión)	0,00
Rehabilitación cardíaca	0,00
Terapias en rehabilitación y fisioterapia	0,00
Terapia fotodinámica (tratamiento completo)	0,00
Urgencias domiciliarias	0,00
Atención a domicilio	0,00

Especialidad B: Resto de especialidades y adicionalmente pruebas genéticas, TAC y RMN.

Tipo de Servicio Ambulatorio para especialidades B	Copago en euros
Consultas	8,50
Pruebas de diagnóstico intraconsulta	12,50
Pruebas genéticas	26,00
Resonancia magnética y TAC	55,80
Ecografía	11,20
Potenciales evocados	19,30
Ergometría y holter	21,80
Endoscopia (digestiva, respiratoria, ginecológica, y ORL)	29,30
Medicina nuclear (excepto PET)	75,10
PET	200,00
Polisomnografía	127,60
Actos terapéuticos intraconsulta	6,90
Láser (por sesión)	53,80
Rehabilitación cardíaca (tratamiento completo)	139,70
Podología	3,80

Para estos servicios sujetos a Copagos reducidos se aplicará un Límite Máximo Anual por Asegurado de 250 euros. Una vez alcanzado dicho importe por cada anualidad y asegurado el Tomador no vendrá obligado a abonar copago por este concepto durante dicha anualidad.

2) Copago por servicios ambulatorios: los importes que el Tomador debe abonar por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados, a través de proveedores sanitarios incluidos en la Ampliación del Cuadro Médico, o en los incluidos en el Cuadro Médico General sin que exista previa derivación de servicio por parte del Asesor de Salud, son los que a continuación se indican:

Tipo de servicio ambulatorio	Copago en euros
Consultas	17,00
Pruebas de diagnóstico intraconsulta	25,00
Análisis clínicos (excepto genética)	24,60
Pruebas genéticas	51,90
Anatomía patológica	17,80
Anatomía patológica: Inmunohistoquímica	99,30
Radiología simple	11,10
Ecografía	22,40
Densitometría ósea y mamografía	31,80
Resonancia magnética y TAC	111,50
Radiología especial	58,20
Medicina nuclear (excepto PET)	150,10
PET	400,00
Polisomnografía	255,10
Ergometría y holter	43,60
Actos terapéuticos intraconsulta	13,70
Endoscopia (digestiva, respiratoria, ginecológica, ORL y urológica)	58,60
Terapias en rehabilitación y fisioterapia (por sesión)	6,00
Láser (por sesión)	107,60
Potenciales evocados	38,50
Terapia fotodinámica (tratamiento completo)	200,00
Rehabilitación cardíaca (tratamiento completo)	279,30
Podología	7,60
Asistencia domiciliaria. Atención a domicilio	7,40

A estos servicios no les será de aplicación el Límite Máximo Anual.

3) Copago por servicios hospitalarios: los importes que el Tomador debe abonar como consecuencia del ingreso hospitalario del asegurado o de la prestación a éste de un servicio sanitario que para su realización se precise la utilización de unidades de hospitalización de Hospital o Clínica son lo que seguidamente se indican.

Concepto hospitalización	Servicio Sanitario	Copago en euros
Ingreso médico	Estancia Ingreso Médico	120,00 /día
Ingreso quirúrgico	Estancia Ingreso Quirúrgico	180,00 /día
Hospital de día médico	Estancia hospital de día	80,00
Hospital de día oncológico	Sesión quimioterapia	80,00
Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren entorno hospitalario	Cirugía sin estancia	80,00
	Litotricia	400,00
	Sesión radioterapia	120,00
	Sesión diálisis	60,00
	Procedimiento intervencionista	160,00
Urgencia hospitalaria	Urgencia hospitalaria	28,00

A estos copagos se le aplicará un Límite Máximo Anual por asegurado y anualidad de seguro de 700 euros, si las unidades de hospitalización utilizadas por el asegurado pertenecen a Hospitales o Clínicas del Cuadro Médico General (CMG) o de 2.000 euros si pertenecen a la Ampliación del Cuadro Médico (ACM).

Si el asegurado hiciese uso combinado de unidades de hospitalización de uno y otro Cuadro Médico, la cantidad máxima a abonar por el Tomador en concepto de Límite Máximo Anual por dicho uso combinado será de los 2.000 euros. Alcanzado dicho importe y hasta la finalización de la anualidad de seguro en curso, no se abonará copago por el uso de estos servicios hospitalarios por dicho asegurado.

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, del 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, de los copagos y del Límite máximo Anual Ambulatorio y Límite Máximo Anual Hospitalario establecido para los mismos. Los incrementos de prima podrán ser ajenos al IPC general.

Sin perjuicio de lo anterior, en las primeras cinco renovaciones anuales, el eventual incremento del importe de la prima no será superior, en cada anualidad, a la variación porcentual experimentada por el Índice Nacional de Precios al Consumo de la Rúbrica Servicios Médicos y Similares (Código 42) publicado por el Instituto Nacional de Estadística (u Organismo análogo que lo sustituya) durante los doce meses naturales inmediatamente anteriores a la fecha de cada revisión, incrementada en diez puntos.

A estos efectos se tomará como índice aplicable el último que estuviere oficialmente publicado en la fecha en que la Aseguradora remita al Tomador la notificación escrita con las nuevas condiciones económicas.

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/seniors

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.

El Asegurado podrá acudir tanto a los facultativos del Cuadro Médico General como a la Ampliación de Cuadro Médico teniendo en cuenta que la utilización de los mismos generará en cada caso un copago distintos y estos quedarán recogidos en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

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

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

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 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 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.

2. Lo anterior no será de aplicación o quedará 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.

3. 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.