

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 NIF A28011864 y con domicilio social en calle de Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España), inscrita en el R.M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492.

Nombre del producto

Adeslas Plena Plus

Datos de la simulación de seguro

Número de simulación: 2016011622546

Mediador: 33848698N

M. DEL PILAR CHAO BLANCO

Fecha de simulación: 01/02/2016

Simulación válida hasta: 12/02/2016 para contrataciones

realizadas en la provincia de LUGO

Importe recibo y periodicidad: 56 € MENSUAL

El importe del primer recibo será proporcional a los meses asegurados

Impuestos y recargos según legislación vigente a 01/02/2016

Condiciones vigentes hasta la próxima renovación, el 31/12/2016

Datos de los asegurados

Asegurados		Fecha nacimiento	Módulos adicionales	Profesión
Asegurado	1	02/05/1980		900 - ADMINISTRATIVO

Tipo de seguro

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

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 Garantía y Opciones ofrecidas

LAS ESPECIALIDADES, PRESTACIONES SANITARIAS Y OTROS SERVICIOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, SON LOS SIGUIENTES:

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/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 Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora. Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel.
- Cirugía torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriátrica.
- 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 limpieza de boca anual. A partir de la segunda limpieza anual, 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 de 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 de cornetes y la cirugía mediante Láser CO2.
- Psicología Clínica. Con un máximo de veinte sesiones por año 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 cardiaca (Exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca 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 ocupacional, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.
- Reumatología.
- 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.
- 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 anual, 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 anual para la prevención del cáncer de próstata.
- Planificación familiar: control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de La Asegurada 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, fibroscopia y ecografías.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología:
- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, 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).
- 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 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.

- 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 cincuenta días por año natural.

- 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 (con exclusión de los conductos valvulados), 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).

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

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

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, 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 músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata y en el tratamiento endoluminal de las varices. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- Electrotermoterapia en rehabilitación.

- 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. 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 radioneurológica esterotáxica, y la radioterapia de intensidad modulada en los tumores intracraneales.
- 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.
- Preparación al parto. Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de seis sesiones por año.

K. OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

Adicionalmente, se incluye la cobertura de Asistencia en Viaje 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 exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

L. 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

Seguros complementarios/Módulos adicionales

Este producto ofrece la posibilidad de contratar de forma complementaria al seguro de asistencia sanitaria y opcionalmente para cada asegurado de la póliza, los siguientes módulos adicionales: Dental Familia: seguro complementario de asistencia bucodental que presta servicio a través de un amplio cuadro médico dental que permite el acceso a todos los servicios odontológicos mediante el pago de franquicias y/o de forma gratuita. Su contratación dentro de este producto de asistencia sanitaria, proporciona un descuento sobre su prima estándar. Ginecología y Pediatría: seguro complementario de reembolso con acceso a los profesionales especialidades de Ginecología y Pediatría que figuran dentro del cuadro médico. Clínica Universitaria de Navarra/Subsidio por hospitalización/Indemnización por intervención quirúrgica: seguro complementario que permite el acceso a la hospitalización, consultas y tratamientos de la Clínica Universitaria de Navarra. Asimismo, se puede contratar también la prestación de un subsidio por hospitalización y además una indemnización por intervención quirúrgica en cualquier hospital dentro y fuera de España. Para más información, consultar los documentos de nota informativa de estos seguros complementarios.

Exclusiones de la cobertura

Junto con las citadas anteriormente en el epígrafe “Descripción de Garantía y Opciones ofrecidas” quedan excluidos en las coberturas del seguro:

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 que esté cubierta por el Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.

C) 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.

D) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado y los medicamentos de quimioterapia indicados en el apartado tratamientos especiales que se administren en hospital de día.

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

F) 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.

G) 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).

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

I) La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

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

K) 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.

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

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 2.6. 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:

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

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

- Laserterapia. La cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, el tratamiento endoluminal de las varices y el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.
- Hemodiálisis.
- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.
- Litotricia renal.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica.

Copago

No existe copago para este producto.

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, evolución anual de la prima y renovaciones

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 en meses del Asegurado y la provincia de contratación, utilizando hipótesis actuariales razonables admitidas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. En consecuencia, debido a la incidencia del aumento de edad del Asegurado, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la provincia correspondiente al domicilio, del aumento de la frecuencia global de las prestaciones cubiertas por la póliza, de la incorporación de la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias, el Asegurador, anualmente, podrá actualizar el importe de las primas del seguro.

El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en la póliza. Dos meses antes de la renovación del mismo el Asegurador enviará una comunicación al tomador de la póliza indicando la prima prevista para la próxima anualidad. 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 dos meses de antelación a su inmediato vencimiento (Para más información ver Anexo).

Una vez renovado el contrato el Asegurador remitirá al Tomador una nueva comunicación con las condiciones aplicadas.

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. Tributos repercutibles

Se imputa a la prima anual el 0,15% correspondiente al recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades Aseguradoras. Para la garantía de asistencia en viaje, se imputa el 6% del Impuesto Prima Seguro.

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.

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 dos meses contados 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 dos meses 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, así como por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, 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 (menores de 30 años en el País Vasco, y en Navarra, los incluidos en el mínimo familiar).

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 sobre el mediador

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

M. DEL PILAR CHAO BLANCO

NIF:33848698N

Código de registro:AG20100169

Teléfono: 696562451 / 696562451

Mail: chaop@agente.segurcaixaadeslas.es

El mediador figura inscrito en el Registro administrativo especial 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 www.dgsfp.meh.es

El mediador NO posee participación directa o indirecta superior al 10% del capital social en los derechos de voto de la compañía aseguradora.

Que la compañía aseguradora o su empresa matriz NO poseen una participación directa o indirecta superior al 10% de los derechos de voto y del capital del mediador de seguros.

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

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping strokes that form a unique, illegible mark.

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

