

El presente documento tiene carácter informativo, es decir, que no supone un compromiso contractual para las partes. 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 DE LA ASEGURADORA

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 Go

TARIFAS DEL SEGURO (PRECIOS)

DISTRIBUIDOR: A28011864 SEGURCAIXA ADESLAS

Tarifas (precios) por Asegurado/mes para la primera anualidad del seguro:

AdeslasGO	
EDAD	IMPORTE (*) ASEGURADO/MES
0 - 54 años	19,00 €
55 - 69 años	35,00 €
+ 70 años	40,00 €

(*) Estos importes incluyen recargos e impuestos.

Precios vigentes de Adeslas Go para contrataciones hasta 31/12/2023.

Importes sujetos a las actualizaciones según se indica en las condiciones de la póliza.

TIPO DE SEGURO

Seguro de asistencia sanitaria ambulatoria y, por tanto, sin internamiento hospitalario, que se presta a través del Cuadro Médico establecido por la Aseguradora.

Las prestaciones están sujetas al pago por parte del Contratante de un importe de entre 4,00 y 120,00 euros en concepto de participación en el coste de los servicios. No se concederán indemnizaciones en metálico sustitutivas de la prestación de asistencia sanitaria.

CUESTIONARIO DE SALUD

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

DESCRIPCIÓN DE GARANTÍAS OFRECIDAS

1. GARANTIAS OBLIGATORIAS 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 el apartado 3 "Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria":

1.1. 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.

1.2. 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.**
- **Aparato digestivo.** Queda excluida la cápsula endoscópica.
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.**
- **Cirugía maxilofacial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía plástica reparadora.**

- Cirugía torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriátrica.
- Hematología y hemoterapia.
- Inmunología.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo.
- **Odonto-estomatología.** Incluye una limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la segunda limpieza de boca dentro de la anualidad será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica y ortóptica.
- **Otorrinolaringología.**
- **Psicología Clínica: con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios.** Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la Aseguradora. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y fisioterapia:** comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia del aparato locomotor en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**). **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**
- Reumatología.
- Traumatología y cirugía ortopédica.
- Urología.

1.3. 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 para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad para la prevención del cáncer de próstata, comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio médico; analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermograma en el varón. **Queda expresamente excluida los tratamientos de esterilidad o infertilidad.**
- **Prevención del cáncer colorrectal.** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.
- **Chequeos Médicos:** Se incluye en la cobertura de la póliza un reconocimiento médico anual, en los centros concertados con la Aseguradora. Las pruebas incluidas en dicho reconocimiento médico en función de la edad del Asegurado son las siguientes:

CHEQUEO 1 (DE 18 A 30 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Urea) · Colesterol. Prueba de LDL. Triglicéridos · GOT-GPT. Hierro (para mujeres). Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. · Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 3 (DESDE 46 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · PSA (Próstata). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. Urea. H.D.L. · Fosfatasa alcalina. · Hemorragias ocultas. · Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Ecografía Ginecológica.
	Ecografía Prostática.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

1.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

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

1.4.1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología. Quedan excluidas las biopsias líquidas.

1.4.2. Radiología general: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

1.4.3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

1.4.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología diagnóstica y terapéutica:

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner). **Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.**
- 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 pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. **No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening**).
- Tomosíntesis de mama
- Medicina nuclear.
- 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, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT. **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, las biopsias líquidas y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.**

1.5. OTROS SERVICIOS

- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de Seguro.**
- **Logopedia y foniatría.** Está comprendido el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales quedando excluidos los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento. Se dará también cobertura logopedia por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por asegurado y anualidad. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**

1.6. SERVICIOS ADICIONALES

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

2. SEGURO DENTAL/ MÓDULO ADICIONAL

Este producto ofrece la posibilidad de contratar junto al seguro de asistencia sanitaria, el siguiente módulo adicional: Adeslas Dental Familia : seguro complementario de asistencia bucodental que presta servicio a través de un amplio cuadro médico dental que permite el acceso a las prestaciones que se relacionan en el Anexo de actos dentales con o sin cargo al asegurado. En la relación de actos dentales se especifican los importes que el asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por cada tipo o clase de servicio odontológico que, incluido en la cobertura del seguro, se le preste al asegurado. Dicho importe es diferente en función del profesional y/o clínica dental utilizada y de la modalidad (Dental u Optima) aplicada por cada uno de ellos.

Podrá consultar la relación de Actos dentales con o sin importe a cargo al asegurado actualizadas en www.adeslas.es/cargosdentales

Su contratación dentro de este producto de asistencia sanitaria, proporciona un descuento sobre su prima estándar.

3. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

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

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

B) Las intervenciones quirúrgicas, inclusive las diagnósticas y/o terapéuticas. Quedan excluidas las pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón.

C) La asistencia en los servicios de urgencias.

D) Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional. Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

E) 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 la asistencia sanitaria se produzca o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

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

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

H) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

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

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

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

L) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.

M) Los gastos de transporte del Asegurado al centro sanitario y viceversa.

n) Asistencia al parto y cesárea.

O) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experi-mental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.) Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.

P) Queda excluida la terapia ocupacional.

4. PERIODOS DE CARENCIA

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

Medios de Diagnóstico	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses

5. COPAGO

El Asegurado colaborará por el uso de determinados servicios con una participación económica para sufragar el coste de los mismos. Importe en euros y detalle de los copagos de los mismos. Importe en euros y detalle de los copagos:

Importe y detalle de los copagos	Copago
Enfermería	4,00 €
Medicina General	9,00 €
Pediatría	10,00 €
Medicina General (Consulta a Domicilio), Psicoterapia, Especialidades Médico - Quirúrgicas, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por la Imagen, Resto de Pruebas y Actos	16,00 €
Pruebas Genéticas, Medicina Nuclear, Tomografía Axial, Endoscopias Digestivas	70,00 €
Resonancias	120,00 €
Podología	5,00 €
Tratamiento de Rehabilitación y Fisioterapia	6,00 €
Preparación al Parto	70,00 €
Chequeo/Reconocimiento Médico	50,00 €

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

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

Los tres primeros copagos facturados a cada asegurado por anualidad del seguro, serán gratuitos siempre y cuando su importe sea inferior o igual a **16 €**. A partir de la renovación anual de su póliza, además de los mencionados copagos gratuitos, se aplicará sobre el resto de copagos un descuento del **25%** por anualidad y 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 ofertada es mensual, si bien puede pactarse su fraccionamiento anual, bimestral, trimestral o semestral.

2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES

Dos meses antes de la renovación del seguro la Aseguradora 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. La Aseguradora, 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.

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

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 a la Nota Informativa referente a "Limitaciones a la oposición a la prórroga en casos de edad avanzada o enfermedades graves").

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 a la Aseguradora, 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.adeslas.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.

TRIBUTOS REPERCUTIBLES

A fecha de emisión de este documento, los recargos aplicables en el recibo del seguro de asistencia sanitaria son el **1,5 por 1.000 del importe de las primas**, correspondiente al recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades aseguradoras y un **8%** del importe de las primas por la cobertura de asistencia en viaje, correspondiente al Impuesto sobre primas de seguros.

No obstante, dichos tipos impositivos son susceptibles de variación en el tiempo, por lo que en cualquier caso, el tipo repercutible será el vigente a fecha de emisión de la prima o su fracción.

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 de la Aseguradora 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 DE LA ASEGURADORA

El control de la actividad de la Aseguradora 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 Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el Tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa podrá deducir en su Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, la prima pagada por cobertura de enfermedad **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 que el Tomador sea residente fiscal en Navarra el límite de **500 euros** se aplica a la propia cobertura del Tomador y a la de su cónyuge, así como a la de los descendientes por los que aquel tenga derecho a deducción por mínimo familiar. El gasto deducible **máximo será de 500 euros** por cada una de las personas señaladas anteriormente o de **1.500 euros** por cada una de ellas con discapacidad).

Si el Tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en el Impuesto sobre Sociedades o en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas si fuera empresario o profesional. La prima por cobertura de enfermedad del propio empleado/a, su cónyuge y sus descendientes no constituirá retribución en especie del empleado/a con los límites cuantitativos por persona señalados en el párrafo anterior.

La cuantía que excediera de estos límites 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 Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas 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 así como realizar el perfilado para el cálculo del importe de la prima.

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 y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza.

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.

DERECHO DE DESISTIMIENTO DEL TOMADOR

El Tomador del Seguro podrá desistir del contrato, sin necesidad de indicar los motivos y sin que se le aplique penalización alguna, dentro del plazo de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora le entregue, mediante soporte duradero, la documentación correspondiente a la póliza. No podrá ejercitar tal derecho de desistimiento si el Tomador hace uso de las coberturas garantizadas por su póliza.

El Tomador podrá ejercer el citado derecho de desistimiento mediante cualquier procedimiento que permita dejar constancia de la notificación dirigida a la Aseguradora a través de cualquier modo admitido en Derecho. A tal efecto podrá dirigir una carta firmada al domicilio de la Aseguradora o realizar una llamada telefónica al número 900 50 50 40 o 91 919 18 98, identificando claramente en ambos casos sus datos personales y los del contrato sobre el que desea ejercitar el derecho de desistimiento.

El contrato quedará extinguido y, consecuentemente, cesará la cobertura del riesgo Asegurado, en la misma fecha en que la Aseguradora reciba la notificación del desistimiento por parte del Tomador quien tendrá derecho a la devolución o extorno de la parte proporcional de prima no consumida que, en su caso, corresponda. Dicha devolución tendrá lugar en el plazo máximo de treinta días naturales contados desde el día de notificación del desistimiento.

INFORMACIÓN SOBRE EL DISTRIBUIDOR

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

La naturaleza de la remuneración percibida por los empleados de la Aseguradora en relación con la venta de este seguro podrá consistir en diferentes incentivos, dinerarios o no, determinados conforme al ejercicio de su actividad, que no supondrán, en ningún caso, un conflicto que afecte a su obligación de actuar en el mejor interés del cliente ni coste adicional para el mismo.

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 MÉDICO 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.

La Aseguradora



SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros