

El presente documento tiene carácter informativo, y por tanto no supone un compromiso contractual para las partes. Su objetivo es informar del precio del seguro en la fecha de su emisión. La información, y cualquier solicitud de seguro presentada, está sujeta a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza vigentes en la fecha de su formalización.

### Datos de la simulación de seguro

Número de simulación:

Mediador:

AENUS CORREDURIA DE

Fecha de simulación:

SEGUROS Simulación válida hasta: para contrataciones

realizadas en la provincia de:

Importe recibo\* y  
periodicidad:

Impuestos y recargos según legislación vigente a:

Condiciones vigentes hasta la próxima renovación, el:

\*Importes sujetos a las actualizaciones según se indica en las Condiciones de la póliza.

### Datos de los asegurados

| Asegurados | NIF | Fecha de<br>Nacimiento | Módulos adicionales | Profesión |
|------------|-----|------------------------|---------------------|-----------|
|------------|-----|------------------------|---------------------|-----------|

### NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO Y DEL MEDIADOR

#### Datos del asegurador

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265. Informe sobre la situación financiera y de solvencia de la aseguradora  
Cada anualidad, la aseguradora publicará en su página web un informe sobre su situación financiera y de solvencia. Dicho informe podrá ser consultado en [www.segurcaixaadeslas.es/informesolvencia](http://www.segurcaixaadeslas.es/informesolvencia).

#### Nombre del producto

ADESLAS GO

#### 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 las Garantías Ofrecidas

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

exclusiones indicadas en el apartado 3 "Exclusiones de la Cobertura":

## 1. GARANTIAS OBLIGATORIAS

### A. MEDICINA PRIMARIA

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

### B. ESPECIALIDADES

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas, en régimen ambulatorio, intraconsulta de las siguientes especialidades:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesiología y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Aparato Digestivo. Queda excluida la cápsula endoscópica.
- Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilo-Facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y Nutrición.
- Geriatria.
- Hematología y Hemoterapia.
- Inmunología.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo.
- Odonto-Estomatología. Incluye una limpieza de boca cada anualidad de seguro. A partir de la segunda limpieza de boca dentro de la anualidad será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica.
- 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.

### C. MEDICINA PREVENTIVA

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

- Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del médico: 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 del médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- Urología: revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata, Comprende la

consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del 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. El estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón) quedan expresamente excluidos los tratamientos de esterilidad o infertilidad.

- Prevención del cáncer colorrectal. Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

- Chequeos Médicos: Reconocimiento Médico. Se incluye en la cobertura del contrato un reconocimiento médico anual, en los centros designados por 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, INCLUSIVE): Historia Clínica y exploración general. Analítica: Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Úrea). Colesterol. Prueba de LDL. GOT-GPT. Triglicéridos. Hierro (para mujeres). Orina. ECG. 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. Analítica: Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Úrea). Colesterol. GOT-GPT. Triglicéridos. Hierro. Orina. ECG. RX Tórax según criterio médico. Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, para mujeres a partir de los 40 años). Ecografía Abdominal Agudeza Visual. Audiometría y Espirometría.

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

#### D. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

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

- Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología. Quedan excluidas las biopsias líquidas.

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

- Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

- Medios de diagnóstico de alta tecnología

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter.

- Resonancia magnética y 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, 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).

- Tomosíntesis de mama

- Medicina Nuclear.

- Amniocentesis y cariotipos.

- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) está entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18, o 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.

#### E. OTROS SERVICIOS

- Preparación al parto. Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.

- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.

- Logopedia y foniatría. 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).

#### F. SERVICIOS ADICIONALES

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

#### 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 MM: 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](http://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 toro 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 experimental 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

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 de alta tecnología, que tendrán un periodo de carencia de TRES MESES.

#### 5. COPAGO

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

Importe y detalle de los copagos:

|                                                                                                                                                                                                 |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| - Enfermería .....                                                                                                                                                                              | 4,00 €   |
| - Medicina General .....                                                                                                                                                                        | 9,00 €   |
| - Pediatría – Puericultura .....                                                                                                                                                                | 10,00 €  |
| - Medicina General (Consulta a Domicilio), Psicoterapia, Especialidades Médico - Quirúrgicas, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por la Imagen, Resto de Pruebas y Actos ..... | 16,00 €  |
| - Pruebas Genéticas, Medicina Nuclear, Tomografía Axial, Endoscopias Digestivas .....                                                                                                           | 70,00 €  |
| - Resonancias .....                                                                                                                                                                             | 120,00 € |
| - Podología .....                                                                                                                                                                               | 5,00 €   |
| - Tratamiento de Rehabilitación y Fisioterapia .....                                                                                                                                            | 6,00 €   |
| - Preparación al Parto .....                                                                                                                                                                    | 70,00 €  |
| - 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 es anual, si bien puede pactarse el fraccionamiento de su abono de forma 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 la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la primaprevista para la próxima anualidad.

La nueva prima se calculará teniendo en cuenta el aumento de edad del Asegurado, el incremento del coste de los servicios sanitarios, la provincia correspondiente al domicilio, el aumento de la frecuencia global de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de similares consecuencias. La Aseguradora, anualmente, en función de los mencionados criterios, podrá actualizar el importe de las primasdel seguro y de los copagos. Los incrementos de prima no se vincularán 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 el primer pago de la 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,

#### 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 la prima 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 de la Aseguradora. (Para más información, en relación a determinados casos en que la Aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato, ver Anexo I 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) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya satisfecho el primer pago de la prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) 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](http://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.

### Instancias de Reclamación

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

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

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

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

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

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

### Tributos Repercutibles

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.

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.

## 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 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

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

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

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

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

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

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
  - Procesos oncológicos activos.
  - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
  - Trasplante de órganos.
  - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
  - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
  - Insuficiencia renal aguda.
  - Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
  - Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
  - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
  - Degeneración macular.
2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:
  - El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
  - Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.
4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

---

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

