

Información y contratación:**Tel: 91 112 32 15****E-mail: adeslas@webadeslas.com**

Este documento es previo a la contratación del seguro, tiene carácter informativo, y no supone un compromiso contractual para las partes. La información del presente documento se suministrará suponiendo que se contrata la operación en la misma fecha y según las condiciones indicadas estando sujeta a las cláusulas de la póliza. Cualquier solicitud de seguro presentada, está condicionada 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 simulación de seguro

Simulación válida hasta: 31/12/2015

Condiciones vigentes hasta la próxima renovación, el 31/12/2015

Tarifas Adeslas Basico:

| | |
|----------------|------|
| 0-34 Años | 12 € |
| 35-44 Años | 19 € |
| 45-54 Años | 22 € |
| 55-64 Años | 30 € |
| Más de 64 Años | 45 € |

***Tarifas válidas para nuevas contrataciones de la provincia de Madrid.**

Tipo de seguro

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

Cuestionario de Salud

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

Descripción de Garantía y Opciones ofrecidas

LAS PRESTACIONES SANITARIAS CUYO COSTE ECONÓMICO SE ENCUENTRA CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA SON LAS CO-RRESPONDIENTES A LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES:

A. MEDICINA PRIMARIA

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

B. ESPECIALIDADES

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas intraconsulta de las siguientes especialidades:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesiología y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Aparato Digestivo. Queda expresamente 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. Aparato Respiratorio.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo.
- Odonto-Estomatología. Incluye limpiezas de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica.
- Oncología.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de La Aseguradora. 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.
- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.

C. MEDICINA PREVENTIVA

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

- 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.

D. 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.

- 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, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

- Medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos.

- Resonancia magnética y TAC (Scanner).

- 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).

- 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 y cualesquiera 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, así como la psicoterapia de grupo con este objeto.

- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodía en consulta. Con un máximo de seis sesiones por año.

- Psicología: 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.

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.

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 Activa MM: 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.

Exclusiones de la cobertura

I. Quedan excluidos de la cobertura 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.

II. Exclusiones de la cobertura de asistencia sanitaria:

- A) La asistencia sanitaria que precise ingreso en un centro hospitalario tanto en régimen ambulatorio como en régimen de internamiento. Así como la asistencia sanitaria en régimen de hospital de día.
- B) Las intervenciones quirúrgicas, diagnósticas y/o terapéuticas.
- C) Los actos terapéuticos excepto los realizados por especialistas en rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia y odontología con el alcance que se describe en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).
- D) La asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios.
- E) Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, la polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), la radioterapia y la quimioterapia.
- F) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase.
- G) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- H) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas; así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.
- I) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- J) En psiquiatría y psicoterapia; psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductal, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.
- K) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
- L) Los gastos de transporte del Asegurado al centro sanitario y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia.
- M) Asistencia al parto y cesárea.
- N) 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.

Periodos de carencia

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

Copago

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

Importe y detalle de los copagos:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| - ATS, 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, Tratamiento de Rehabilitación y Fisioterapia | 6,00 € |
| - Preparación al Parto | 70,00 € |

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 y de los copagos.

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 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 dos meses de antelación a su inmediato vencimiento. Una vez renovado el contrato el Asegurador remitirá al Asegurado una nueva comunicación con las condiciones aplicadas.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el tomador no comunique 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. Tributos repercutibles:

Se imputa a la prima anual el 0,15% correspondiente al recargo destinado a fi nanciar la actividad liquidadora de entidades Aseguradoras.

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 y contratación:

Tel: 91 112 32 15

E-mail: adeslas@webadeslas.com