

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 Plena Vital:

0-54 Años	35 €
55-59 Años	54 €
60-64 Años	70 €
Más de 64 Años	115 €

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

Datos de los asegurados

Asegurados	Fecha nacimiento	Módulos adicionales	Profesión
Asegurado 1	01/06/1985		900 - ADMINISTRATIVO

Tipo de seguro

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

Cuestionario de Salud

Declaración realizada y firmada por el Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

La inclusión de cada Asegurado en la póliza está supeditada a la aceptación del cuestionario de salud requerido por la Aseguradora.

El Asegurado deberá responder y firmar (o su representante legal en caso de menores de edad) el cuestionario de salud.

Es imprescindible que la información suministrada por el Asegurado respecto a su salud sea veraz; en caso contrario y/o de omisión a facilitar la información requerida, la Aseguradora podrá denegar la contratación del seguro.

Además, la Aseguradora, podrá aceptar la contratación y/o renovación de la póliza excluyendo la/s coberturas y/o riesgos preexistentes declarados por el Asegurado o resultantes en las pruebas o exámenes médicos.

Descripción de Garantía y Opciones ofrecidas

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

A. MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y puericultura 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. URGENCIAS

Servicio permanente de urgencia, que se prestará en el centro o centros que constan en el Cuadro Médico entregado por La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

C. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un Médico del Cuadro Médico de La Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesia y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular. Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- Aparato digestivo. Queda expresamente excluida la cápsula endoscópica.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo. Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- Cirugía maxilo-facial. Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora. Queda incluida la reconstrucción exclusivamente en la mama afectada tras mastectomía radical, y la prótesis mamaria y expansores de piel requeridos en esta intervención quirúrgica.
- Cirugía torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriatria.
- Hematología y hemoterapia.
- Inmunología.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología. Aparato respiratorio.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.
- Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca anual. A partir de la segunda limpieza anual, será necesaria la prescripción médica.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado).

- Oncología.
- Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante Láser CO2.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de La Aseguradora. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (Exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro) y la rehabilitación cardiaca (Exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
- Reumatología.
- Tratamiento del dolor. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- Traumatología y cirugía ortopédica. Cirugía artroscópica. Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.
- Urología.

D. MEDICINA PREVENTIVA

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

- Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- Urología: revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
- Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.

E. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.
 - Radiología general: Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
 - Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroscopia y ecografías.
 - Medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.
 - Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
 - Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
 - Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
 - PET/TAC (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
 - Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualesquiera otra técnica genética o de biología molecular.
 - Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.
- Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por 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.

F. HOSPITALIZACIÓN

Queda expresamente excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social. Se realizará en centros del Cuadro Médico de La Aseguradora bajo las siguientes condiciones:

- Hospitalización obstétrica (partos). En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de La Aseguradora.

- Hospitalización quirúrgica. En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de La Aseguradora. Queda incluida la hospitalización de día.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (a excepción de las dentarias en cualquier caso) correrá a cargo de La Aseguradora.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de La Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, stent coronario, prótesis de mama y expansores de piel tras la mastectomía radical, prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares multifocales y bifocales en tratamiento de cataratas y mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica. El coste de cualquier otro tipo de prótesis o dispositivo implantable, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado.

- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de La Aseguradora.

Queda incluida la hospitalización de día.

La duración del internamiento será determinada por el Médico del Cuadro Médico de La Aseguradora encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

- Hospitalización en U.C.I. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de La Aseguradora (por su naturaleza no se incluye cama para acompañante). La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del jefe de la unidad de cuidados intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

- Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por año natural. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y serán a cargo de La Aseguradora. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

G. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- Aerosolterapia-ventiloterapia.

- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.

- Trasfusiones de sangre y/o plasma.

- Foniatría. Exclusivamente como rehabilitación tras laringectomía (extirpación de laringe).

- Laserterapia. Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética y el tratamiento endoluminal de las varices.

- Electrorradioterapia. Radioterapia no oncológica superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.

- Nucleotomía percutánea.

- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.

- Quimioterapia. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como, por ejemplo, la quimioterapia intraperitoneal.

- Oncología radioterápica. Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica, y la radioterapia de intensidad modulada en los tumores intracraneales.

- Litotricia renal.

- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por 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.

H. TRASPLANTES DE ÓRGANOS

El Seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

I. OTROS SERVICIOS

- Ambulancias. Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al sanatorio o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de La Aseguradora, salvo en caso de urgencia.

- Matronas, en la asistencia hospitalaria al parto.

- 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 quiropodia 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.

J. OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

Adicionalmente, se incluye la cobertura de Asistencia en Viaje que garantiza cobertura de asistencia sanitaria urgente en todo el mundo hasta 12.000 euros, repatriación de Asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel, billete de ida y vuelta para familiares desplazados.

También se incorpora dentro de las garantías de la póliza el seguro de Protección de Pagos a través del cual el Asegurador hace frente al pago de las primas establecidas en el contrato en caso de incapacidad temporal y desempleo, e incapacidad permanente absoluta y fallecimiento del Tomador de la póliza.

Ambos seguros tienen definidos detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, carencias y exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

K. SERVICIOS ADICIONALES

Consulte con su mediador o en nuestra web, el detalle de estos servicios complementarios:

- Atención telefónica 24hrs
- Segunda Opinión Médica
- Planes de Prevención y Cuidado
- Cirugía Refractiva, Psicoterapia, Homeopatía, Criopreservación, etc.
- Club Adeslas

Seguros complementarios/Módulos adicionales

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

Exclusiones de la cobertura

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:

Además de las anteriores, quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

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

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

C) La asistencia sanitaria derivada de la realización de las actividades de riesgo como las que siguen: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas (no consistiendo la anterior una lista cerrada); así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general o cualquier tipo de apuesta.

D) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la Póliza, salvo que dichas enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la Póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1.E. (Cláusulas Jurídicas).

E) La asistencia sanitaria de los estados de salud bajo tratamiento, seguimiento médico o aquellos conocidos por el Asegurado previamente al inicio de vigencia del Asegurado en la Póliza.

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

G) En psiquiatría y psicoterapia: Psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.

H) Otros trasplantes de órganos no indicados en la Cláusula 2.8. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura). Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

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

J) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, con excepción de la fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología y otorrinolaringología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética y el tratamiento endoluminal de las varices.

K) Los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.

L) La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.

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

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.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones I. B) y C), y II. B) y C), La Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

Periodos de carencia

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

A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

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

B. HOSPITALIZACIÓN

- Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial) tendrán un periodo de carencia de TRES MESES.
- Hospitalización e intervención quirúrgica: por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día (Intervenciones del grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial) tendrán un periodo de carencia de DIEZ MESES, excepto la ligadura de trompas y vasectomía (cláusula 2.6. Cláusulas Descriptivas de Cobertura) que tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.

Asimismo, para que La Aseguradora sufrague el coste de las prótesis (no su implantación) el periodo de carencia será de DIEZ MESES.

En caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

C) TRATAMIENTOS ESPECIALES

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

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

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

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

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:

Consultas:

- Medicina General	7,00 €
- Pediatría-Puericultura	8,00 €
- Medicina General (consulta a domicilio)	14,50 €
- Pediatría-Puericultura (consulta a domicilio)	14,50 €
- Especialidades médico-quirúrgicas	14,50 €

Pruebas diagnósticas y actos terapéuticos:

- Pruebas alérgicas, Análisis clínicos (excepto pruebas genéticas), Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imagen (radiología convencional) Resto de pruebas y actos no mencionados anteriormente	11,50 €
---	---------

Pruebas diagnósticas y actos terapéuticos de alta tecnología y/o complejidad:

- Pruebas genéticas, Medicina Nuclear, Arteriografía, Hemodinámica Vascular, Polisomnografía, Resonancia Mag. Nuclear (RMN), Tomografía Axial Computarizada (TAC/Escáner), Litotricia	45,00 €
---	---------

Otros Servicios:

A.T.S	2,00 €
Podología	3,00 €
Oxigenoterapia – Ventiloterapia (por día)	2,00 €
Tratamiento de Rehabilitación y Fisioterapia	5,00 €
Preparación al Parto	45,00 €
Urgencias	14,50 €
Psicoterapia	14,50 €

El límite máximo anual por asegurado y anualidad en concepto de copago se establece en 260 € por asegurado y año o el proporcional a la fracción de año natural en que el asegurado se haya dado de alta en la póliza.

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 financiar la actividad liquidadora de entidades Aseguradoras. Para la garantía de asistencia en viaje, se imputa el 6% del Impuesto Prima Seguro.

Instancias de Reclamación

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

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

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin.

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

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

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

Legislación aplicable

El seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, así como por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados.

Asimismo se rige por lo convenido en la póliza.

Tel: 91 112 32 15