

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

AdeslasSENIORS

TARIFAS (PRECIOS) DEL SEGURO

DISTRIBUIDOR: A28011864 SEGURCAIXA ADESLAS

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

AdeslasSENIORS	
EDAD	IMPORTE (*) ASEGURADO/MES
55-59 años	59,00 €
60-64 años	69,00 €
65-69 años	84,00 €
70-74 años	114,00 €
75 años +	139,00 €

(*) Estos importes incluyen recargos e impuestos.

Precios vigentes de AdeslasSENIORS para contrataciones hasta 31/12/2022

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

TIPO DE SEGURO

Seguro de prestación de asistencia sanitaria a través de los cuadros médicos establecidos por la Aseguradora, y sin admitir indemnizaciones sustitutivas de esta prestación. La asistencia podrá recibirse a través de los profesionales y establecimientos sanitarios integrados en el cuadro médico general y en las provincias en que se encuentre establecido, y a través de los profesionales y establecimientos pertenecientes a la ampliación del cuadro médico. La Aseguradora facilitará al Asegurado la posibilidad de acudir a un facultativo, denominado Asesor Médico de Salud quien, a instancia del Asegurado, podrá realizarle una primera evaluación de su estado de salud, así como facilitarle asistencia sanitaria y recomendaciones respecto al seguimiento de planes asistenciales y de prevención para el mejor cuidado de su salud.

Este Asesor Médico de Salud, podrá realizar un seguimiento periódico del Asegurado y una coordinación con otros facultativos especialistas que puedan intervenir en su asistencia.

El Asesor Médico de Salud, mediante el proceso de derivación, permitirá al Asegurado acceder a las prestaciones ambulatorias de su póliza a través de los profesionales y centros del cuadro médico general en condiciones de copago reducido y con aplicación de límite máximo anual para este tipo de servicios ambulatorios.

Algunas prestaciones están sujetas al pago de un importe en concepto de copago, detallado en el epígrafe D "COPAGOS" del apartado descripción de las coberturas contratables.

No se concederán indemnizaciones en metálico sustitutivas de la prestación de asistencia sanitaria a través de los profesionales y centros concertados por la Aseguradora.

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 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 pre-existentes declarados por el Asegurado o resultantes en las pruebas o exámenes médicos.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS CONTRATABLES Y OPCIONES OFRECIDAS

1. COBERTURAS 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 la letra K "Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria":

A. MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

B. URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en la lista de facultativos y centros sanitarios concertados por el Asegurador. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

C. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda a criterio de un facultativo del CMG o de la ACM), en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesia y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vascul. Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- Aparato Digestivo. Queda incluida la cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta. Queda incluida la disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
- 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 Plástica Reparadora. Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico. Incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel.

- Cirugía Torácica.
 - Dermatología médico quirúrgica.
 - Endocrinología y Nutrición.
 - Geriátrica.
 - Ginecología.
 - Hematología y Hemoterapia.
 - Medicina Interna.
 - Medicina Nuclear.
 - Nefrología.
 - Neumología.
 - Neurocirugía.
 - Neurofisiología Clínica.
 - Neurología.
 - Odontostomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, 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).
- Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
- Oncología médica y radioterápica.
 - Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO2.
 - Psicología Clínica: Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad del 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, previa prescripción de un facultativo del cuadro médico de la Aseguradora. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor 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 se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva y la del suelo pélvico.
 - Reumatología.
 - Traumatología y cirugía ortopédica. Cirugía artroscópica. Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.
 - Urología. Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Queda incluida la vasectomía.

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.

- Ginecología: revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario.
- Urología: revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.

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, fibroendoscopia y ecografías.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, 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).
 - Medicina nuclear. 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) y PET/RM (exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas).
 - 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 y las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint. 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 facultativos del CMG o de la ACM. Médicos de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

F. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado con la entidad aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y, en su caso, los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en el apartado G de la Descripción de Coberturas contratables y Opciones ofrecidas Sanitaria de esta Nota Informativa.
- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).
- Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por cada anualidad de seguro.
- Hospitalización de Día. Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

G. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas concertadas con la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- Cardiovasculares: Marcapasos (monocamerales, bicamerales y resincronizadores, con exclusión de los desfibriladores), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las Endoprótesis (stent) vasculares.
- Osteoarticulares: Prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteotendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales.

- Mama: Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
- Oftalmológicos: Lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas (con exclusión de las lentes tóricas y trifocales).
- Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios implantables (ports).
- Implantes reparadores: Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.
- Urológicos: prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular.

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, ortesis y ortoprotésis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

H. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- Terapias respiratorias a domicilio. Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.
- Logopedia y foniatría. Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos.
- Laserterapia. Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculoesquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.
- Nucleotomía percutánea.
- 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.
- 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, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.
- Oncología radioterápica. Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica en los tumores intracraneales, y la radioterapia de intensidad modulada cuando estén medicamente indicadas. Se excluye la terapia con haz de protones.
- Litotricia renal.
- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

I. TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE ORIGEN HUMANO

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

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

J. OTROS SERVICIOS

- Ambulancias. Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.
- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de doce sesiones por cada anualidad de seguro.

K. EXCLUSIONES COMUNES DE ASISTENCIA SANITARIA

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura de Asistencia Sanitaria, las siguientes exclusiones:

A) 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.

B) 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.

C) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada.

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

E) 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.

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

G) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos así como la necesidad de 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.

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

I) La asistencia obstétrica y los tratamientos de reproducción asistida.

J) 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.

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

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

1.B. OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

Adicionalmente, se incluye la cobertura de Asistencia en Viaje en el extranjero que garantiza cobertura de asistencia sanitaria urgente en todo el mundo hasta 12.000 euros por siniestro ocurrido y persona, repatriación de Asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel, billete de ida y vuelta para familiares desplazados. La estancia máxima cubierta en el extranjero no podrá exceder de 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento. El seguro tiene definido detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, sublímites de capital, carencias y copagos, así como la exclusión de coberturas. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

1.C. 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, etc.
- Club Adeslas

2. COBERTURAS OPCIONALES

Este producto ofrece la posibilidad de contratar de forma complementaria al seguro de asistencia sanitaria y opcionalmente para cada Asegurado de la póliza, el módulo adicional Adeslas Dental Familia: seguro complementario de asistencia bucodental que presta servicio a través de un amplio cuadro dental que permite el acceso a las prestaciones que se relacionan en el Anexo de actos dentales. En la relación de actos dentales se especifican los importes que el asegurado debe abonar al profesional o centro sanitario por cada 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 actualizados en www.adeslas.es/cargosdentales

Consulte tarifas (precios) para la inclusión de este módulo opcional en la web de www.adeslas.es.

3. PERIODOS DE CARENIA

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 por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes. tendrán un periodo de carencia de OCHO MESES, excepto la 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 OCHO MESES.

En caso de intervenciones quirúrgicas que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto.

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 músculoesquelética.
- Nucleotomía percutánea.

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

- Laserterapia. Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales.
- Diálisis.
- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.
- Litotricia renal.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica.
- Tratamiento del dolor

4. COPAGO

El Tomador por cada servicio recibido por los Asegurados abonará a la Aseguradora, en concepto de copagos, los importes que, para cada clase de servicio, se describen a continuación:

1) COPAGO REDUCIDO POR SERVICIOS AMBULATORIOS: Los importes que el Tomador debe abonar por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados para las especialidades A, sin la aplicación de copagos, o especialidades B, con la aplicación de copagos reducidos, deberá realizarse siempre a través de proveedores sanitarios del Cuadro Médico General y previa derivación de servicio por parte del Asesor Médico de Salud son los que a continuación se indican:

ESPECIALIDADES A: Medicina General, Geriátrica, Medicina Interna, Enfermería, Alergología, Dermatología, Reumatología Traumatología y Ortopedia, Urología, Angiología y Cirugía Vascul, Análisis Clínicos (excepto pruebas genéticas) Diagnóstico por la imagen (excepto TAC y RMN), Rehabilitación, Fisioterapia, Tratamiento del dolor, Cuidados Paliativos, Oxigenoterapia y Ventiloterapia.

Tipo de Servicio Ambulatorio para especialidades A

- Consultas.....	0,00 €
- Pruebas de diagnóstico intraconsulta.....	0,00 €
- Análisis clínicos (excepto genética).....	0,00 €
- Radiología simple y especial (excepto TAC y resonancia).....	0,00 €
- Ecografía.....	0,00 €
- Endoscopia urológica.....	0,00 €
- Densitometría ósea y mamografía.....	0,00 €
- Anatomía patológica.....	0,00 €
- Anatomía patológica: Inmunohistoquímica.....	0,00 €
- Actos terapéuticos intraconsulta.....	0,00 €
- Láser (por sesión).....	0,00 €
- Rehabilitación cardiaca.....	0,00 €
- Terapias en rehabilitación y fisioterapia.....	0,00 €
- Terapia fotodinámica (tratamiento completo).....	0,00 €
- Urgencias domiciliarias.....	0,00 €
- Atención a domicilio.....	0,00 €

ESPECIALIDAD B: Resto de especialidades y adicionalmente pruebas genéticas, TAC y RMN.

Tipo de Servicio Ambulatorio para especialidades B

- Consultas.....	8,50 €
- Pruebas de diagnóstico intraconsulta.....	12,50 €
- Pruebas genéticas.....	26,00 €
- Resonancia magnética y TAC.....	55,80 €
- Ecografía.....	11,20 €
- Potenciales evocados.....	19,30 €
- Ergometría y holter.....	21,80 €
- Endoscopia (digestiva, respiratoria, ginecológica, y ORL).....	29,30 €
- Medicina nuclear (excepto PET).....	75,10 €
- PET.....	200,00 €
- Polisomnografía.....	127,60 €
- Actos terapéuticos intraconsulta.....	6,90 €
- Láser (por sesión).....	53,80 €
- Rehabilitación cardiaca (tratamiento completo).....	139,70 €
- Podología.....	3,80 €

Para estos servicios sujetos a Copagos reducidos se aplicará un Límite Máximo Anual por Asegurado de 250 euros. Una vez alcanzado dicho importe por cada anualidad y asegurado el Tomador no vendrá obligado a abonar copago por este concepto durante dicha anualidad.

2) COPAGO POR SERVICIOS AMBULATORIOS: los importes que el Tomador debe abonar por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los Asegurados, a través de proveedores sanitarios incluidos en la Ampliación del Cuadro Médico, o en los incluidos en el Cuadro Médico General sin que exista previa derivación de servicio por parte del Asesor Médico de Salud, son los que a continuación se indican:

Tipo de servicio ambulatorio

- Consultas.....	17,00 €
- Pruebas de diagnóstico intraconsulta.....	25,00 €
- Análisis clínicos (excepto genética).....	24,60 €
- Pruebas genéticas.....	51,90 €
- Anatomía patológica.....	0,00 €
- Anatomía patológica: Inmunohistoquímica.....	99,30 €
- Radiología simple.....	11,10 €
- Ecografía.....	22,40 €
- Densitometría ósea y mamografía.....	31,80 €
- Resonancia magnética y TAC.....	111,50 €
- Radiología especial.....	58,20 €
- Medicina nuclear (excepto PET).....	150,10 €
- PET.....	400,00 €
- Polisomnografía.....	255,10 €
- Ergometría y holter.....	43,60 €
- Actos terapéuticos intraconsulta.....	13,70 €
- Endoscopia (digestiva, respiratoria, ginecológica, ORL y urológica).....	58,60 €
- Terapias en rehabilitación y fisioterapia (por sesión).....	6,00 €
- Láser (por sesión).....	107,60 €
- Potenciales evocados.....	38,50 €
- Terapia fotodinámica (tratamiento completo).....	200,00 €
- Rehabilitación cardiaca (tratamiento completo).....	279,30 €
- Podología.....	7,60 €
- Asistencia domiciliaria. Atención a domicilio.....	7,40 €

A estos servicios no les será de aplicación el Límite Máximo Anual.

3) COPAGO POR SERVICIOS HOSPITALARIOS: los importes que el Tomador debe abonar como consecuencia del ingreso hospitalario del Asegurado o de la prestación a éste de un servicio sanitario que para su realización se precise la utilización de unidades de hospitalización de Hospital o Clínica son lo que seguidamente se indican.

Concepto hospitalización y Servicio Sanitario

- Ingreso médico (Estancia Ingreso Médico) por día.....	120,00 €
- Ingreso quirúrgico (Estancia Ingreso Quirúrgico) por día.....	180,00 €
- Hospital de día médico (Estancia hospital de día).....	80,00 €
- Hospital de día oncológico (Sesión quimioterapia).....	80,00 €
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren entorno hospitalario	
· Cirugía sin estancia.....	80,00 €
· Litotricia.....	400,00 €
· Sesión radioterapia.....	120,00 €
· Sesión diálisis.....	60,00 €
· Procedimiento intervencionista.....	160,00 €
- Urgencia hospitalaria.....	28,00 €

A estos copagos se le aplicará un Límite Máximo Anual por Asegurado y anualidad de seguro de 700 euros, si las unidades de hospitalización utilizadas por el Asegurado pertenecen a Hospitales o Clínicas del Cuadro Médico General (CMG) o de 2.000 euros si pertenecen a la Ampliación del Cuadro Médico (ACM).

Si el Asegurado hiciese uso combinado de unidades de hospitalización de uno y otro Cuadro Médico, la cantidad máxima a abonar por el Tomador en concepto de Límite Máximo Anual por dicho uso combinado será de los 2.000 euros. Alcanzado dicho importe y hasta la finalización de la anualidad de seguro en curso, no se abonará copago por el uso de estos servicios hospitalarios por dicho 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 el asegurador 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. El Asegurador, 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.

Sin perjuicio de lo anterior, en las primeras cinco renovaciones anuales, el eventual incremento del importe de la prima no será superior, en cada anualidad, a la variación porcentual experimentada por el Índice Nacional de Precios al Consumo de la Rúbrica Servicios Médicos y Similares (Código 42) publicado por el Instituto Nacional de Estadística (u Organismo análogo que lo sustituya) durante los doce meses naturales inmediatamente anteriores a la fecha de cada revisión, incrementada en diez puntos.

A estos efectos se tomará como índice aplicable el último que estuviere oficialmente publicado en la fecha en que la Aseguradora remita al Tomador la notificación escrita con las nuevas condiciones económicas.

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 periodo 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 periodo 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.

El Asegurado podrá acudir tanto a los facultativos del Cuadro Médico General como a la Ampliación de Cuadro Médico teniendo en cuenta que la utilización de los mismos generará en cada caso un copago distintos y estos quedarán recogidos en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

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 a incluir, 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.

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 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; esta cuantía asciende a 1.500 euros en el caso de personas con discapacidad.

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 BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

FINALIDAD

Tramitación de la simulación de seguro y realizar el cálculo del importe de la prima a abonar.

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.

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 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.

2. Lo anterior no será de aplicación o quedará 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.

3. 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