

## Características del seguro

Este seguro de enfermedad es un seguro de prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico establecido por el asegurador, por el cual el asegurado recibe la asistencia sanitaria que requiera en caso de enfermedad o lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que la referida asistencia esté comprendida en la cobertura del contrato, y con sujeción al pago de la prima y copagos a cargo del tomador que en cada caso corresponda. El límite máximo anual de copagos se establece en 230,00 euros por persona asegurado y año (o el proporcional a la fracción de año natural en que el asegurado se ha dado de alta en la póliza).

El pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad, salvo lo dispuesto en algunos servicios médicos sujetos a copagos, corre íntegramente a cargo de la aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado.

En esta modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico y la asistencia se prestará de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales. No obstante, el asegurador asume la prestación de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

## Principales prestaciones de Cuadro Médico

La asistencia sanitaria se prestará mediante los facultativos, clínicas, centros sanitarios y servicios incluidos en el cuadro médico, una vez haya transcurrido el periodo de carencia que pudiera corresponder de conformidad con lo establecido en el contrato. Quedará bajo la responsabilidad del asegurado, la elección del facultativo dentro de los ofertados en el cuadro médico.

- Amplias coberturas médicas tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización y parto.
- Sin límites por días de hospitalización de causa médica, quirúrgica, pediátrica, obstétrica o UCI.
- Libre elección entre más de 33.000 profesionales y 250 clínicas y hospitales del catálogo de servicios médicos concertados.
- Psicología hasta 20 sesiones/año.
- Cobertura de trasplante de médula ósea y trasplante de córnea.
- Cobertura de prótesis traumatológicas y cardíacas.
- Tratamiento de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica, sin límites por número de sesiones.
- Medicación para quimioterapia en hospital de día.
- Preparación al parto.
- Sin límites por sesiones de rehabilitación.
- Visita médica y pediátrica a domicilio.
- Urgencias domiciliarias.
- Litotricia renal.
- Cobertura adicional de asistencia en viaje que cubre la asistencia sanitaria urgente en todo el mundo. Incluye entre otras prestaciones, la asistencia odontológica urgente, la repatriación de asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel y billete de ida y vuelta para familiares desplazados.

Todo ello con arreglo a las normas de contratación del Asegurador.

Las condiciones generales, en las que se delimitan las coberturas indicadas, están a disposición del interesado en el canal Línea Abierta.

## Información sobre el seguro

### 1. Legislación y jurisdicción aplicable

El contrato que se suscriba se regirá por lo que dispone la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados.

El contrato de seguro quedará sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato, el adscrito al domicilio del asegurado.

### 2. 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.

### 3. Duración del contrato

El contrato tiene carácter temporal renovable. Tras la fecha de vencimiento del primer período, el contrato podrá renovarse por períodos anuales, a no ser que el asegurador o el tomador se opongan a ello en los términos y plazos establecidos en la Ley de Contrato de Seguro.

### 4. 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, el sexo, la edad en meses del asegurado y la provincia de contratación.

En consecuencia, en cada vencimiento se incrementa la prima debido a la incidencia del aumento de la 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 a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias.

La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago mensualmente con vencimiento en la fecha de vencimiento establecida en el contrato. Antes de contratar, se informa al interesado de la prima del seguro resultante de la simulación que se realiza conforme a los datos suministrados por el mismo.

### 5. Derecho de desistimiento del tomador

El tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que el asegurador le entregue la póliza. El plazo anterior se contará a partir de la fecha en que se informe al tomador de que el contrato se ha celebrado. En caso de no desistir en el citado plazo o de que el tomador solicite la realización de las prestaciones del producto, se perderá el derecho a desistir del contrato.

El tomador deberá ejercer la facultad de resolución mediante comunicación expedida y dirigida al asegurador a través de un soporte duradero. Al efecto, podrá dirigir una carta firmada al domicilio del asegurador, identificando claramente en la misma sus datos personales y los del contrato que desea resolver. Asimismo, podrá ejercer este derecho a través del medio electrónico por el que ha contratado el seguro y el Servicio Línea abierta: mediante la opción de menú Servicios – Administración de Línea Abierta, apartado “Desistimiento”. Para poder desistir del contrato se necesitará indicar el PIN 2 de su tarjeta de coordenadas y el número del contrato.

Cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador desde la fecha de expedición de la comunicación.

### Compañía de Seguros Adeslas, SA

C/Príncipe de Vergara nº 110, 28002 – Madrid (España) – NF A-40/001430  
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 50, folio 1, hoja M-968

### VidaCaixa SA de Seguros y Reaseguros

C/ Juan Gris, 20-26, 08014 - Barcelona (España) - NIF A-58333261  
Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 8402, libro 7653, sección 2ª, folio 128, hoja 97107

## Otros datos de interés

### 1. Solicitud y perfección del seguro

Cuando se solicite la contratación o modificación del seguro, en función del resultado del control del estado de salud de la persona a asegurar, el asegurador puede denegar o supeditar la referida contratación o modificación al pago de una sobreprima.

Para la existencia del seguro y de los suplementos de alta de nuevos asegurados (perfección del contrato), el asegurador debe prestar su conformidad al control de salud requerido, según lo establecido en la cláusula de perfección del contrato y de los suplementos de alta de nuevos asegurados de las condiciones particulares. El control requerido consiste en un cuestionario de salud que debe cumplimentar cada asegurado, pudiendo el asegurador solicitar información adicional si lo considera necesario.

El asegurador dispone de ciento siete días desde la firma del seguro por el tomador para dar conformidad al control requerido.

Una vez aceptado el control requerido y pagada la prima se retrotraerán los efectos del seguro a la fecha de efecto que figure en el contrato, tanto a efectos de cobertura, como de inicio de periodo de carencias. No obstante, los efectos del seguro respecto a cada asegurado regirán a partir de la fecha de inicio de vigencia correspondiente a los mismos una vez pagada la prima correspondiente.

El tomador asume la obligación de suministrar a cada asegurado la información del seguro que afecte a sus derechos y obligaciones en todo momento.

### 2. Definiciones

**Copago:** Importe que el tomador debe abonar al asegurador por cada servicio sanitario ambulatorio utilizado por los asegurados incluido en su póliza. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las condiciones particulares, puede ser actualizada anualmente.

**Límite máximo anual:** Es la cantidad máxima que el tomador, por cada año natural de vigencia de la póliza y por cada uno de los asegurados, deberá satisfacer en concepto de copago como consecuencia de la utilización por parte de los asegurados de servicios sanitarios ambulatorios determinados en la póliza.

Este límite se calcula de enero a diciembre, y es de 230,00 € por asegurado y año o el proporcional a los días que queden hasta el 31 de diciembre.

### 3. Exclusiones

El presente producto de seguro tiene definido detalladamente en el condicionado del contrato sus coberturas específicas, carencias y copagos, así como las exclusiones de cobertura. Esta información es importante que sea leída con anterioridad a la contratación.

## Información del proveedor y asegurador

El proveedor financiero y asegurador de este seguro es VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros (VidaCaixa) y la Compañía de Seguros Adeslas SA (Adeslas), las cuales actúan en régimen de coaseguro mancomunado al 50%.

VidaCaixa, inscrita como asegurador, en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el código C0611.

Adeslas, inscrita como asegurador, en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el código C0401.

## Información del mediador

En caso de suscribirse la operación de seguro de referencia, la misma estará mediada por Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, operador banca-seguros exclusivo con código de registro C0611G58899998 y domicilio Avenida Diagonal, 621-629, Barcelona (08028).

Realiza actividades de mediación en seguros de las compañías de seguros de VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros con CIF A-58333261 y SegurCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros con CIF A-28011864.

El mediador está inscrito en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Madrid (28046), Paseo de la Castellana, nº 44. Estos datos podrán consultarse en el mencionado domicilio, con el código de registro indicado.

El mediador sí posee participación directa o indirecta superior al 10% del capital social en los derechos de voto de las compañías aseguradoras. La empresa matriz de las compañías aseguradoras no posee una participación directa o indirecta superior al 10% de los derechos de voto y del capital del mediador de seguros.

El mediador del seguro actúa como encargado del tratamiento de datos de carácter personal recabados con motivo de la formalización del contrato de seguro, siendo responsable del tratamiento la entidad aseguradora.

El referido seguro, da cumplimiento a las necesidades y exigencias del cliente, según las informaciones facilitadas por el mismo y cuyas características principales se especifican a continuación: Seguro de prestación de asistencia sanitaria a través del cuadro médico del asegurador, sujeto en los casos previstos en el contrato, al pago de copagos.

En el caso de discrepancia entre dichas necesidades y exigencias, y lo establecido en el contrato que, en su caso, se suscriba, la Ley de Contrato de Seguro contempla el plazo de un mes desde la contratación del seguro para que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin que el contratante efectúe la reclamación rige lo establecido en la póliza.

El asesoramiento prestado se facilita con la finalidad de contratar un seguro y no cualquier otro producto que pudiera comercializar la entidad de crédito.

## Instancias de reclamación

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. En todos los casos, ante el Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la compañía o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

2. Ante el Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la Compañía, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

3. Ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

---

### Compañía de Seguros Adeslas, SA

C/Príncipe de Vergara nº 110, 28002 – Madrid (España) – NF A-40/001430

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 50, folio 1, hoja M-968

### VidaCaixa SA de Seguros y Reaseguros

C/ Juan Gris, 20-26, 08014 - Barcelona (España) - NIF A-58333261

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 8402, libro 7653, sección 2ª, folio 128, hoja 97107

---