

CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA COLECTIVA DEL PLAN DE RETRIBUCIÓN FLEXIBLE DE SEAT

En Barcelona, a uno de enero de dos mil diecisiete.

ESTIPULACIONES

PRIMERA. Objeto.

Mediante el presente documento las partes formalizan un contrato de seguro de asistencia sanitaria general que tendrá como colectivo asegurado a los empleados de la Tomadora y sus respectivos familiares, conforme se definen en la estipulación octava.

SEGUNDA. De la póliza.

La póliza contratada es la comercializada por la Aseguradora bajo la denominación “**Adeslas Completa**”, cuyas coberturas, límites, carencias, exclusiones y demás características, se contienen en el *Condicionado General* que firmado por las partes se incorpora a este documento como **Anexo nº 1** formando parte integrante e inseparable del mismo.

TERCERA. Mejora de coberturas.

Las presentes Condiciones Especiales, que forman parte integrante e inseparable de la póliza de seguro de asistencia sanitaria a la que se refieren, amplían las coberturas contenidas en las Condiciones Generales, incluyéndose las siguientes:

- Quedan sin efecto los apartados B), de la cláusula 3 (Exclusiones) del Condicionado General.
- Se amplían los límites de hospitalización psiquiátrica a 60 días.
- Vacuna VPH (CERVIX) para niñas de 14 años
- Reproducción Asistida en las condiciones que a continuación se detallan:

Cobertura Reproducción Asistida:

Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad. Se incluyen todas las técnicas diagnósticas y tratamientos de la esterilidad e infertilidad con arreglo a la legislación vigente, y que cumplan los criterios de cobertura que a continuación se exponen.

- No se financiará ningún tratamiento de reproducción humana asistida que no cumpla los requisitos establecidos en la Ley 35/1998, de 22 de noviembre de Reproducción Asistida Humana.
- En los tratamientos de reproducción asistida, el carácter de la donación de gametos y preembriones deberá respetar las consideraciones establecidas en la citada Ley 35/1998, de 22 de noviembre de Reproducción Asistida Humana y en el Real Decreto 412/1996 de 1 de marzo.
- Será por cuenta de Adeslas la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, para aquellos asegurados que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de radioterapia o quimioterapia, así como la criopreservación de embriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro.

- No se considerarán incluidas entre las prestaciones financiadas las técnicas de reproducción asistida cuando la esterilidad no se deba a la existencia de un proceso patológico sino que:
 - Se haya producido voluntariamente
 - Sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.
- Cuando existan embriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de embriones forma parte del mismo ciclo FIV en que se obtuvieron los embriones.
- Los gastos derivados de las actuaciones que, en su caso, puedan realizarse sobre los donantes, formarán parte del coste de la técnica utilizada y no podrán repercutirse sobre las pacientes que vayan a ser sometidas a técnicas de reproducción asistida en las que se precise donación de gametos.
- En cuanto a la financiación, los límites máximos que se establecen por asegurada para la aplicación de las diferentes técnicas, son:

LÍMITES	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL		FECUNDACIÓN IN VITRO*	
	Semen de pareja	Semen de donante	Gametos propios	Gametos donados
Nº DE CICLOS MÁXIMO	4	6	3	3
EDAD MÁXIMA DE LA MUJER	<38	<40	<40	<40
*Incluidas las técnicas complementarias. En los casos de la utilización de ovocitos y tejido ovárico criopreservados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de gametos/preembriones. Las edades se computan hasta el día anterior en que la mujer cumpla 38 o 40 años, según el caso.				

Esta cobertura sólo se ofrecerá a través de los centros y profesionales concertados con la aseguradora y, en todos los casos, han de ser prescritos por médicos de la aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

CUARTA. Condiciones especiales de contratación de la póliza.

4.1. Cuestionario de Salud.

Se pacta expresamente la exención de la obligación de cumplimentar el *Cuestionario de Salud* para todos los asegurados de esta Póliza. En consecuencia, **la Aseguradora** renuncia expresamente a su facultad o derecho de rechazo de las solicitudes de incorporación a esta póliza que se le presenten por la Tomadora. **Quedan incluidas las enfermedades preexistentes.**

4.2. Periodos de Carencia.

No serán de aplicación los periodos de carencia contemplados en las *Condiciones Generales* de la Póliza, existiendo, por tanto, plenitud de efectos para todas las prestaciones garantizadas en ella desde el mismo día de su entrada en vigor.

QUINTA. Vigencia y duración del contrato.

La vigencia y duración de este contrato de seguro se iniciará a las cero horas del día uno de enero de dos mil diecisiete y se extenderá hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del mismo año.

Llegada dicha fecha, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, los efectos del presente Contrato se prorrogarán por la tácita y por periodos

sucesivos de un año natural cada uno. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la aseguradora.

SEXTA. Primas y su actualización.

6.1. Prima.

La prima mensual de recibo, para el año 2017, que deberá satisfacer **la Tomadora a la Aseguradora** por cada persona incluida en la póliza se fija en **“cuarenta y cuatro euros con siete céntimos de euro” (44,07.-€)**.

6.2. Actualización de la prima.

La prima inicial pactada a la que se refiere la precedente estipulación, será objeto de revisión cada nuevo año natural de vigencia del contrato, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales.

6.3. Copago por servicios sanitarios.

La Tomadora recibe al comienzo del efecto del contrato un ejemplar de la *Tarjeta Sanitaria Adeslas* por cada persona asegurada, para su presentación a los facultativos, centros sanatoriales y auxiliares técnicos sanitarios pertenecientes a los cuadros médicos de **la Aseguradora**.

No se establece franquicia en concepto de copago de los servicios sanitarios.

SÉPTIMA. Otros servicios complementarios.

● Segunda Opinión Médica.

El servicio de *Segunda Opinión Médica* permite al asegurado, ante cualquier diagnóstico relativo a una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional, y ello sin necesidad de desplazamiento y en un plazo breve de tiempo. El objetivo del servicio es ofrecer al asegurado la tranquilidad y la seguridad de contrastar su caso con expertos de reconocido prestigio. Sin ningún coste adicional.

La empresa de servicios CMV/Medvantis, perteneciente al grupo europeo Medvantis Medical Services, es la encargada de gestionar el servicio de *Segunda Opinión Médica*. Para ello, CMV cuenta con los expertos y especialistas más destacado y reconocidos mundialmente en las distintas áreas de la medicina.

CMV le ofrece además servicios de selección de expertos médicos y centros hospitalarios a nivel mundial así como asesoramiento en caso de traslado nacional o internacional.

Para acceder a este servicio el usuario sólo tendrá que llamar al 902.200.200 e identificarse con su número de tarjeta y solicitar el servicio de *Segunda Opinión Médica*:

- ⊕ El asegurado dará su consentimiento al equipo médico para la tramitación del servicio.
- ⊕ El equipo médico iniciará los trámites para recabar información necesaria sobre el caso.
- ⊕ Un Comité Clínico iniciará el proceso de selección de los especialistas expertos en la patología objeto de consulta, en cualquier parte del mundo.
- ⊕ El equipo médico elaborará y revisará el informe de *Segunda Opinión Médica*.

- ✦ Finalmente, el equipo médico enviará el informe al solicitante y gestionará las dudas y aclaraciones pertinentes.
- **Suplemento Odontológico.**
Con independencia de los servicios asistenciales cubiertos en la Póliza, **la Aseguradora** garantiza a todos los asegurados incluidos en la misma un **“Suplemento Odontológico”**, sin incremento o recargo adicional en la prima pactada, formando parte integrante e inseparable del mismo. En dicho Anexo se especifica asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto para el año natural de 2017, que será abonada por el asegurado al Centro Odontológico que realice la prestación y que, en todo caso, deberá ser cualquiera de los que figuren relacionados en el *Catálogo de Servicios Dentales* de **la Aseguradora**. El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por **la Aseguradora** cada nuevo año natural.

OCTAVA. Asegurados incluidos.

Además de los empleados, podrán ser incluidos como asegurados en la póliza los siguientes familiares de éste: cónyuge o pareja de hecho e hijos del empleado solteros que convivan en el domicilio familiar.

La Tomadora deberá incluir en su petición de alta inicial a todos asegurados que desee incorporar. Después del alta inicial del empleado, sólo se admitirán como familiares del mismo a las personas que hubieran cumplido los requisitos de parentesco u otra especie a tal efecto necesarios, con una antelación no superior a un mes a la fecha en que tuviere lugar la correspondiente petición de alta.

Con independencia de la fecha en la que **la Tomadora** solicite su alta a **La Aseguradora**, los hijos del empleado nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán incorporados a ésta, con todos sus derechos y obligaciones, en la misma fecha de su nacimiento, salvo que durante el embarazo hubieran sido expresamente excluidos ante la Compañía

NOVENA. Cláusula de continuidad.

SegurCaixa Adeslas permitirá la posibilidad para aquellos asegurados que causen baja en la empresa por cese, prejubilación o jubilación durante la vigencia de la presente póliza, la posibilidad a título particular, de contratar una póliza de reembolso y/o de asistencia sanitaria. (siempre y cuando que el empleado tenga una antigüedad mínima de 10 meses en la póliza de empresa)

En el caso que el producto sea el mismo que el de la póliza de procedencia, no será necesario cumplimentar el *Cuestionario de Salud* ni serán de aplicación los periodos de carencia, siempre y cuando la baja en la póliza colectiva y la posterior alta en la particular se realicen de forma simultánea. Para aquellos casos en los que el asegurado desee contratar un producto superior al de la póliza de procedencia, sí será necesaria la cumplimentación del *Cuestionario de Salud* y de igual manera, tendrá que realizarse la baja y el alta de forma simultánea.

DÉCIMA. Información al Tomador y Asegurados.

En cumplimiento de lo dispuesto en los *artículos 60 de la Ley 30/1995 y 104 del Real Decreto 2486/1998*, se informa al Solicitante del Seguro de lo siguiente:

- Primero:** La Entidad Aseguradora es **SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en España, en la ciudad de Barcelona, calle Juan Gris nº 20 - 26 – C.P. 08014.

Segundo: La legislación aplicable es la española y aquellas normas del Derecho Comunitario que formen parte de su ordenamiento jurídico interno.

Tercero: En caso de desavenencia sobre la interpretación del contrato, el tomador y/o asegurado podrán efectuar la oportuna reclamación por escrito ante la *Oficina de Reclamaciones* de **SegurCaixa Adeslas, S.A.**, ante la *Dirección General de Seguros* o ante cualquier otra instancia y/u Organismo Público que tuvieren legalmente competencias en la materia, sin perjuicio de recurrir a los Tribunales de Justicia.