

Este documento es previo a la contratación del seguro y tiene carácter informativo, por lo que no supone un compromiso contractual para las partes. La información del presente documento se suministra suponiendo que se contrata la operación en la misma fecha y según las condiciones indicadas, estando sujeta la misma a las condiciones de la póliza.

Promoción: Devolución 100% prima los 2 primeros recibos si contrata antes de 31/10/11.

Datos del asegurador

- VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros con domicilio social en C/ Juan Gris, 20-26, 08014, Barcelona (España).
 - Compañía de Seguros Adeslas, S.A. con domicilio en C/ Príncipe de Vergara nº 110, 28002, Madrid (España).
- Las mismas actúan en régimen de coaseguro mancomunado al 50%. Las referencias al asegurador deben entenderse efectuadas a ambas.

Nombre del producto

VidaCaixa Salud Plena

Tipo de seguro

Seguro de prestación de asistencia sanitaria, prestada a través del cuadro médico establecido por el asegurador, cuyos aspectos más destacables son:

- | | |
|--|--|
| a) Sin límites por días de hospitalización por causa médica, quirúrgica, pediátrica, obstétrica o UCI. | f) Tratamientos de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica, sin límites por número de sesiones. |
| b) Libre elección entre más de 33.000 profesionales y 300 clínicas y hospitales del catálogo de servicios médicos concertados. | g) Medicación para quimioterapia en hospital de día. |
| c) Psicología hasta 20 sesiones/año o hasta 40 sesiones/año en caso de trastornos alimentarios. | h) Preparación al parto. |
| d) Cobertura de trasplante de médula ósea y trasplante de córnea. | i) Sin límites por sesiones de rehabilitación. |
| e) Cobertura de prótesis internas traumatológicas y cardíacas. | j) Visita médica y pediátrica a domicilio. |
| | k) Urgencias domiciliarias. |
| | l) Litotricia renal. |

- Algunas prestaciones están sujetas al pago de un importe entre 2,00 euros y 12,00 euros en concepto de copago.
- No se concederán indemnizaciones en metálico. No obstante, el asegurador asume la prestación de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

Cuestionario de salud

- La inclusión de cada asegurado en la póliza está supeditada a la aceptación del control de salud requerido por parte del asegurador. Con la cumplimentación de este trámite, la persona a asegurar presta su consentimiento para ser asegurado. Consiste en un cuestionario de salud, que debe responder y firmar la persona a asegurar (o su representante legal, en caso de menores de edad) y, en su caso, las pruebas médicas y/o examen médico adicionales que se estimen convenientes por el asegurador.
- Este control deberá realizarse en el plazo de ciento siete días desde su solicitud de contratación o renovación del seguro, por ser imprescindible para que el asegurador pueda cursar la misma. Es importante que las respuestas sean veraces, pues el asegurado asume las consecuencias legales que pudieran producirse por faltar a la verdad en la realización del control de salud o por su negativa u omisión a facilitar la información que se le requiere, y que pueden justificar que el asegurador deniegue la contratación o renovación de la operación de seguro solicitada o resuelva la operación.
- El asegurador puede aceptar la contratación (o renovación de la operación de seguro solicitada) excluyendo de cobertura los riesgos preexistentes que se declaren o pongan de manifiesto a resultas de dicho control requerido, o puede denegar o supeditar la contratación al pago de la correspondiente sobreprima.

Descripción de la garantía y opciones ofrecidas

A. COBERTURA PRINCIPAL DE ASISTENCIA SANITARIA

1. Medicina primaria.

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatria y puericultura de zona. Para niños menores de catorce años.
- Enfermería. Servicio de A.T.S./D.U.E. En consulta y a domicilio.

2. Urgencias.

Servicio permanente de urgencia en los centros del cuadro médico. La asistencia será domiciliaria si el estado del enfermo lo requiere.

3. Especialidades:

Alergología. Anestesia y reanimación. Angiología y cirugía vascular. Aparato digestivo. Cardiología. Cirugía ano-rectal. Proctología. Cirugía artroscópica. Cirugía cardiovascular. Cirugía general y del aparato digestivo. Cirugía maxilo-facial. Cirugía plástica reparadora (queda incluida la reconstrucción de la mama tras la mastectomía radical, y la prótesis mamaria requerida 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 (que incluye la vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Revisiones ginecológicas necesarias. Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía). Odonto-estomatología (en que se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca previa prescripción médica). Oftalmología. Oncología médica y radioterápica. Otorrinolaringología. Psiquiatría. Rehabilitación y fisioterapia (previa prescripción de un médico del cuadro médico). Reumatología. Tratamiento del dolor. Traumatología. Cirugía ortopédica. Urología.

4. Medicina preventiva.

- Pediatria: 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.

5. Medios de diagnóstico prescritos por médicos del cuadro médico.

- Análisis Clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología, anatomía patológica quirúrgica y citopatología.
- Radiología Convencional: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, 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, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía axial computarizada (TAC/escáner), PET/TAC y las pruebas genéticas: quedan cubiertas aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades.
- Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

6. Hospitalización en centros del cuadro médico.

- En habitación individual con cama para un acompañante, incluyendo los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios. La hospitalización en la UCI y la psiquiátrica, por su naturaleza, no incluye cama para acompañante.

- La duración del internamiento será determinada por el médico encargado de la asistencia y alcanzará hasta que estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio. En caso de hospitalización en UCI la duración estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En 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. En caso de hospitalización psiquiátrica, que se prestará exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, el límite del internamiento será de cincuenta días por año natural.

- La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (a excepción de las dentarias en cualquier caso) correrá a cargo del asegurador. El coste de las prótesis en sí, será de cuenta del asegurador en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, prótesis de mama tras la mastectomía radical, prótesis internas traumatológicas y lentes intraoculares. El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del asegurado.

7. Tratamientos especiales prescritos por médicos del cuadro médico.

- Aerosolterapia-ventiloterapia.
- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.
- Foniatría. Como rehabilitación en intervenciones mayores de laringe.
- Ortopédica.
- Láserterapia.
- Electrorradioterapia. Radioterapia no oncológica superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- Nucleotomía percutánea.
- Diálisis y riñón artificial.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica.
- Litotricia renal.

8. 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.

9. 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, salvo en caso de urgencia.
- Matronas, en la asistencia hospitalaria al parto. Preparación al parto.
- Podología. Con un máximo de seis sesiones por año.
- Psicología: Con un máximo de veinte sesiones por año o 40 sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa del asegurador.

B. OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

Adicionalmente, se incluye la cobertura de asistencia en viaje que incluye 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.

El seguro tiene definido detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, carencias y copagos, así como las exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

Exclusiones de la cobertura

I. Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

1. 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).
2. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
3. 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:

1. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado.
2. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
3. 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, toro 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.
4. 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 y expresamente aceptada su cobertura por el asegurador en las condiciones particulares. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4ª del capítulo III de las condiciones generales.
5. 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.

6. Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
7. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
8. Psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, y cualquier método de asistencia psicológica no-conductual.
9. Dentro de la especialidad de psiquiatría quedan excluidos todo tipo de tests y cualquier psicoterapia de grupo.
10. Otros trasplantes de órganos no indicados en el apartado "Especialidades, prestaciones sanitarias y servicios cubiertos" de estas condiciones particulares. 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.
11. La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
12. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.
13. Los errores de refracción en los ojos tales como la miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.
14. 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 láser quirúrgico en cirugía vascular periférica.
15. Los gastos de transporte del asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.
16. 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.
17. Quedan expresamente excluidos de la cobertura del seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con las exclusivas excepciones de análisis genético de confirmación que condicione la pauta de tratamiento, así como la amniocentesis y los cariotipos.
18. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental.
19. Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones I. 2. y 3., y II. 2. y 3., el asegurador asume la prestación de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma. 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

- Diez meses: Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, incluyendo la implantación protésica. Diálisis y riñón artificial. Quimioterapia y oncología radioterápica. Litotricia renal. Así como, para que el asegurador sufrague el coste de las prótesis cubiertas (no su implantación).
- Seis meses: Ligadura de trompas y vasectomía y los medios de diagnóstico intervencionista.
- Tres meses: Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio, los tratamientos de láserterapia, electrorradioterapia, radioterapia no oncológica superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas, nucleotomía percutánea y los medios de diagnóstico de alta tecnología.

En el caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el período 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.

Condiciones, plazos y vencimiento de las primas

1. Cuestiones generales:

- El importe de la prima del seguro, está determinada en el apartado "precio del seguro". 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%).

- El pago de la prima y los copagos se domiciliarán en el depósito que indique el tomador (debe ser el titular y la entidad financiera tener sede en España). Deberá autorizar al asegurador a efectuar los cargos y abonos que por razón del seguro se produzcan en dicho depósito. A efectos del pago de la correspondiente prima y copagos, el tomador deberá disponer de saldo en la cuenta asociada desde la respectiva fecha prevista de pago y durante el plazo de un mes. Son servicios sanitarios sujetos a copago, los siguientes:

Consultas y Otros servicios	Importe
- ATS	2,00
- Consultas: Medicina general y pediatría. Podología/Rehabilitación (por sesión)	2,70
- Urgencias	5,50
- Psicoterapia	9,00
- Pruebas genéticas, Medicina Nuclear, Arteriografía, Hemodinámica Vasculard, Polisomnografía, Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Tomografía Axial Computarizada (TAC/Escáner). Litotricia	12,00
- Resto de pruebas y actos no mencionados anteriormente	4,00

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, del sexo, 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 registrarán las nuevas condiciones económicas.

3. Tributos repercutibles

En el apartado "precio del seguro" se indica la prima del seguro que incluye los tributos y recargos legalmente repercutibles.

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.
2. Ante el Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
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 Fondo 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.

Legislación aplicable

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

Estado y autoridad de control del asegurador

El control de la actividad del asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Régimen fiscal

Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, podrá deducirse la prima pagada hasta 500 euros por persona, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador (menores de 30 años en el País Vasco, y en Navarra, los incluidos en el mínimo familiar).

Si el tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades o IRPF). La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del beneficiario/a.

Información sobre el mediador

En el caso de suscribirse la operación de seguro de referencia, la misma estará mediada por:

Mediador: Caixabank, S.A., operador de banca-seguros exclusivo.

Código de registro: C0611A08663619.

Domicilio del mediador: Avenida Diagonal, 621, 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 de 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 asistencia médica privada de calidad con un amplio cuadro médico que establezca un sistema de copagos por los servicios médicos utilizados.

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.

Información de interés

A partir del 1 de enero de 2011, y por cambio de denominación del asegurador, cualquier referencia que en el presente contrato se efectúa a "VidaCaixa, SA de Seguros y Reaseguros" y "Compañía de Seguros Adeslas, SA" debe entenderse referida a **VidaCaixa Adeslas, SA de Seguros Generales y Reaseguros**, con domicilio social en Barcelona, C/ Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona, NIF A-28011864, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492. También se elimina el régimen de coaseguro mancomunado entre las dos entidades antes mencionadas entendiéndose toda referencia al asegurador a la nueva entidad: **VidaCaixa Adeslas, SA de Seguros Generales y Reaseguros**.

Compañía de Seguros Adeslas, SA

C / Príncipe de Vergara nº 110, 28002 – Madrid (España). NIF 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