



CASER SALUD PRESTIGIO
Seguro de Enfermedad
Póliza mixta de Asistencia Sanitaria y
Reembolso de Gastos

Condiciones Generales

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Domicilio Social: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

www.caser.es

Inscrita en Registro Mercantil de Madrid
Tomo 2245 general - Folio 179 - Sección 8ª - Hoja M-39662, Inscripción A 435
C.I.F. A 28013050

Mod.: K0000123-V

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 3º de la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destacan en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, al 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 su normativa de desarrollo.

La Autoridad a quien corresponde el control de la actividad es al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES	5
ARTÍCULO PRELIMINAR	5
ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES	5
ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO	8
ARTÍCULO 3º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	9
1. MEDICINA DE LA FAMILIA	9
2. URGENCIAS	9
3. ESPECIALIDADES	9
4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	12
5. HOSPITALIZACIÓN	13
6. PRÓTESIS	14
7. TRATAMIENTOS ESPECIALES	14
8. OTROS SERVICIOS	15
ARTÍCULO 4º - RIESGOS EXCLUIDOS	15
ARTÍCULO 5º - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS	17
1. ORIENTACIÓN ASISTENCIAL	17
2. MODALIDAD I: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR MEDIO DE LA LISTA DE FACULTATIVOS DEL ASEGURADOR	17
3. MODALIDAD II: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR MEDIOS AJENOS (REEMBOLSO DE GASTOS)	20
ARTÍCULO 6º - LÍMITES GENERALES	22
ARTÍCULO 7º - PERIODOS DE CARENCIA	23
ARTÍCULO 8º - BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	23
ARTÍCULO 9º - DURACIÓN DEL SEGURO	25
ARTÍCULO 10º - PAGO DE PRIMAS	25
ARTÍCULO 11º - OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO O DEL ASEGURADO	26
ARTÍCULO 12º - OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	28
ARTÍCULO 13º - ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA	28
ARTÍCULO 14º - COMUNICACIONES	29
ARTÍCULO 15º - PRESCRIPCIÓN	29
ARTÍCULO 16º - JURISDICCIÓN	29
ANEXO 1 - GARANTÍA COMPLEMENTARIA AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA	30
COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	30



ANEXO 2 - GARANTÍA COMPLEMENTARIA AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA.....	33
COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO	33
EXCLUSIONES GENERALES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO.....	37
CONDICIONES ADICIONALES A LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO.....	38
SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE	40

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguros (Boletín Oficial de 17 de octubre de 1980), 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 Seguros Privados, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de este contrato. La autoridad a quien corresponde el control de la Actividad Aseguradora en el Estado Español, es el Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El Tomador del seguro, mediante la firma de la solicitud, las Condiciones Particulares, o en su caso Certificado de Seguro, acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra "negrita".

ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entiende por:

ACCIDENTE: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ASEGURADO: La persona física o jurídica titular del interés objeto del seguro y que, en defecto del Tomador del seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato. Salvo mención expresa en las Condiciones Particulares, Tomador del seguro y Asegurado son una misma persona.

ASEGURADOR: La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado, en esta póliza CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., denominada en adelante el Asegurador.

AÑO NATURAL: Periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre siguiente.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO: Asistencia del médico generalista o de familia y de A.T.S. o D.U.E. al Asegurado en el domicilio que figura en la póliza, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción por un facultativo del Asegurador.

A.T.S./D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

CONDICIONES ESPECIALES: Documento integrante de la póliza en el que se especifica la suma asegurada y límites cuantitativos de la garantía de reembolso de gastos.

CONDICIONES PARTICULARES: Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

CUESTIONARIO DE SALUD: Documento en el que se integran todos los datos necesarios que deban ser conocidos por el Asegurador para la evaluación del riesgo y que el Tomador y/o Asegurado ha de firmar y cumplimentar de forma completa y exacta.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud del Asegurado que no sea consecuencia de un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de Asistencia Sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

ENFERMEDAD, LESIÓN, DEFECTO O DEFORMACIÓN CONGÉNITA: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

FRANQUICIA: Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador por cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos 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.

HOSPITAL: Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

No se considerarán hospitales, a efectos de la póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN:

- Hospitalización General: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte o realice una comida principal en el mismo.
- Hospital de Día: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano en un centro autorizado y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

LÍMITES ESTABLECIDOS EN CONDICIONES ESPECIALES: Son las cantidades máximas que el Asegurador se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

LISTA DE FACULTATIVOS: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por el Asegurador en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. En cada lista de facultativos provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional.

MÉDICO: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

MÉDICO ESPECIALISTA O ESPECIALISTA: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

PARTO: Se entiende por parto normal a término aquel que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquel que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

PLAZO O PERÍODO DE CARENCIA: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

PLAZO O PERÍODO DE DISPUTABILIDAD: Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, el rechazo del Asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

PÓLIZA: El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza: la Solicitud de seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y las Especiales, si las hubiera, así como los Suplementos o Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

PRESTACIÓN: Consiste en la Asistencia Sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

PROCESO MÉDICO: Es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso.

PRÓTESIS: Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, miembro o parte de alguno de éstos.

REHABILITACIÓN: Todos aquellos actos dirigidos por un facultativo poseedor del título de la especialidad, auxiliado por fisioterapeutas y realizado en un centro idóneo de rehabilitación, que se dediquen a restituir funcionalmente aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente causadas durante la vigencia de la póliza.

SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima de indemnización que el Asegurador pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de seguro completa.

SINIESTRO: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios que se encuentran total o parcialmente cubiertos por la póliza.

TARJETA CASER SALUD: Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO

Este seguro de enfermedad es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de la lista de facultativos del Asegurador. El Seguro ofrece la cobertura en dos modalidades complementarias:

Modalidad I: Prestación de asistencia sanitaria por medio de la lista de facultativos del Asegurador

El Asegurador proporcionará la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda enfermedad o lesión comprendida en la descripción de la cobertura, siempre que el Asegurado utilice los recursos asistenciales de la lista de facultativos del Asegurador.

Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medios ajenos (reembolso de gastos)

El Asegurador reembolsará los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado por la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en toda enfermedad o lesión comprendida en la descripción de los servicios, siempre que el Asegurado utilice recursos asistenciales ajenos a la lista de facultativos del Asegurador, tanto en España como en el extranjero. El reembolso de los gastos está sujeto a los importes máximos y franquicias que se especifican en la Póliza.

ARTÍCULO 3º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

1. MEDICINA DE LA FAMILIA

Medicina General/Médico de Familia: Asistencia en consulta o a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos.

Pediatría – Puericultura: Para niños hasta cumplir los 16 años de edad. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Servicio de A.T.S./D.U.E.: En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos y previa prescripción de un médico del Asegurador.

2. 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 y cuando el estado del enfermo lo requiera, prestada por médico generalista y/o A.T.S. del Asegurador.

3. ESPECIALIDADES

Asistencia Sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del médico del Asegurador), en las especialidades que a continuación se citan:

3.1. Alergología. Las vacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.2. Anestesiología y Reanimación. Quedan incluidos los tratamientos de dolor, siempre y cuando sean prescritos por un facultativo dentro de la lista de facultativos, relacionado con la patología.

3.3. Anatomía Patológica.

3.4. Angiología y Cirugía Vascul.

3.5. Aparato Digestivo.

3.6. Cardiología. Incluye la prevención del riesgo cardiovascular en personas mayores de 45 años.

3.7. Cirugía Ano-Rectal. Proctología.

3.8. Cirugía Artroscópica.

3.9. Cirugía Laparoscópica.

3.10. Cirugía Cardiovascular.

3.11. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluye la técnica laparoscópica.

3.12. Cirugía Maxilo-Facial.

3.13. Cirugía Pediátrica.

3.14. Cirugía Plástica y Reparadora. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical sufrida por la Asegurada durante el periodo de vigencia de la póliza. Incluida la prótesis mamaria.

3.15. Cirugía Torácica.

3.16. Dermatología médico quirúrgica y venereología. Excluidos los tratamientos con finalidad puramente estética.

3.17. Endocrinología y Nutrición.

3.18. Geriatria.

3.19. Hematología y Hemoterapia. Queda incluido el trasplante autólogo de médula ósea.

3.20. Inmunología.

3.21. Enfermedades infecciosas y tropicales.

3.22. Medicina Interna.

3.23. Medicina Nuclear.

3.24. Nefrología.

3.25. Neonatología.

3.26. Neumología.

3.27. Neurocirugía.

3.28. Neurofisiología Clínica.

3.29. Neurología.

3.30. Obstetricia y Ginecología.

a) Asistencia/Control Embarazo y Parto: Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos/cesáreas.

b) Planificación Familiar: Control de tratamiento con anovulatorios, implantación del D.I.U. y su vigilancia, incluido el coste del dispositivo intrauterino. Ligadura de trompas.

c) Medicina Preventiva: Revisión ginecológica anual. Encaminada al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. También incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad, así como las intervenciones ginecológicas con la técnica laparoscópica.

d) Control y tratamiento de la Menopausia.

e) Reproducción asistida: Para el tratamiento de la esterilidad de la pareja. La cobertura incluye el estudio, diagnóstico (con las pruebas complementarias habituales y protocolizadas) y el tratamiento de la infertilidad de la pareja, hasta el límite de **3 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fertilización in vitro**, estando incluida la ICSI (microinyección espermática), caso de ser necesaria. **La edad límite para la aplicación de las diferentes técnicas se fija en 40 años. Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural. Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén asegurados. Se establece un periodo de carencia de 24 meses.**

El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los facultativos designados al efecto por el Asegurador, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

En ningún caso el Asegurador reembolsará al Asegurado el coste de las facturas emitidas por los facultativos y centros no incluidos en la lista de facultativos del Asegurador.

3.31. Odonto-Estomatología. Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas, radiografías y limpieza de boca una vez al año, prescrita por un odonto-estomatólogo de la lista de facultativos del Asegurador.

3.32. Oftalmología. Incluye la fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea siendo la córnea a trasplantar por cuenta del asegurado.

3.33. Oncología Médica. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

3.34. Oncología Radioterápica.

3.35. Otorrinolaringología.

3.36. Psicología Clínica. Incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, de forma ambulatoria, con especialista que figure en la lista de facultativos del Asegurador, prescrita por un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de procesos susceptibles de intervención psicológica, hasta un máximo de 20 sesiones por asegurado y año.

Dentro de esta cobertura esta incluida la **Psicología Infantil**: incluye 20 sesiones al año con especialista que figure en la lista de facultativos del Asegurador, para asegurados menores de 16 años.

Será necesaria la autorización del Asegurador previamente a su realización.

Procesos excluidos: el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria, sofrología, los test psicológicos y psicométricos, la psicoterapia psicoanalítica así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.

En ningún caso el Asegurador reembolsará al Asegurado el coste de las facturas emitidas por los facultativos y centros no incluidos en la lista de facultativos del Asegurador.

3.37. Psiquiatría.

3.38. Rehabilitación y Fisioterapia. Previa prescripción de un médico, relacionado con la especialidad a tratar.

3.39. Reumatología.

3.40. Traumatología y Cirugía Ortopédica. Queda incluido el tratamiento con ozonoterapia para hernias discales.

3.41. Urología. Incluye la vasectomía, el diagnóstico de la impotencia (no su tratamiento) así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico que tenga a su cargo la asistencia del Asegurado. Comprende los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica en el momento de suscripción de la póliza, **excluyendo cualquier diagnóstico relacionado con el estudio y la investigación (con carácter científico)**. Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura.

- Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología, anatomía patológica quirúrgica, citopatología.
- Radiología convencional.

Otros medios de diagnóstico:

- Radiodiagnóstico: incluye las técnicas habituales de diagnóstico como angiografía arteriografía digital, densitometría ósea, ecografía, mamografía, y radiología no intervencionista.
- Medicina Nuclear. Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
- Resonancia Magnética nuclear (RMN)
- Tomografía Axial Computerizada (TAC/Scanner)

- Tomografía por Emisión de Positrones (PET): se incluye exclusivamente en los casos e indicaciones definidos y aceptados por los Organismos oficiales españoles competentes.
- Tomografía por múltiples detectores (DMD): exclusivamente para patologías del sistema vascular
- Endoscopias: incluida la técnica de la cápsula endoscópica.
- Diagnóstico cardiológico. Electrocardiograma, Prueba de esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler y Hemodinámica.
- Neurofisiología Clínica: Electroencefalografía y electromiografía.
- Triple Screening, Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de riesgo.
- Polisomnografía. Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.
- Radiología intervencionista o invasiva.
- Detección del ganglio centinela. Patología mamaria.

5. HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se realizará por indicación de un facultativo, ocupando el enfermo habitación individual dotada de aseo y cama de acompañante (salvo imposibilidad manifiesta) con excepción de los casos expresamente excluidos. Serán por cuenta del Asegurador los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados tanto en el acto quirúrgico como en la hospitalización, así como las curas y su material y la manutención del paciente, mientras que éste se encuentre ingresado.

5.1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica): La duración del internamiento será determinada por el médico encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio. Queda incluida la hospitalización de día.

5.2. Hospitalización pediátrica: Incluye tanto la hospitalización convencional como la incubadora (en este último caso no se incluye cama de acompañante). Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en centro especializado (Neonatología).

5.3. Hospitalización por maternidad: Asistido por Tocólogo y Matrona. Incluye la anestesia (incluida la anestesia epidural), así como el nido e incubadora para el recién nacido.

5.4. Hospitalización quirúrgica: Queda incluida la hospitalización de día (cirugía mayor ambulatoria).

5.5. Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.): Se realizará, previa prescripción de un médico, en instalaciones adecuadas. El Jefe de la Unidad de Cuidados

Intensivos señalará el tiempo de permanencia del enfermo. **Por su naturaleza, no se incluye cama de acompañante.**

5.6. Hospitalización psiquiátrica: Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista para el tratamiento de los brotes agudos que tengan carácter reversible, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, **con un límite de sesenta días por año natural. Por su naturaleza, no se incluye cama de acompañante.**

5.7. Atención Especial en domicilio: Cuando el facultativo del Asegurador considere que el Asegurado precisa de cuidados de índole hospitalaria cubiertos en la póliza, que no requieran el ingreso en un centro hospitalario, se podrá prestar atención facultativa y servicios técnico-sanitarios en el domicilio del Asegurado que figure en la póliza.

Quedan excluidos los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, A.T.S. o D.U.E., ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

6. PRÓTESIS

Quedan cubiertas cualquier tipo de prótesis internas fijas de carácter temporal o definitivo: válvulas cardíacas, by-pass vascular, marcapasos, stent, prótesis de cadera, material de osteosíntesis, resto de prótesis internas fijas, lentes intraoculares y prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplástico, siempre y cuando se haya producido la mastectomía durante el periodo de vigencia de la póliza.

Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, prótesis de pene, escroto, expansores de piel y/o prótesis auditivas y las lentes intraoculares multifocales.

7. TRATAMIENTOS ESPECIALES

Se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita por un médico especialista, en los centros designados por el mismo y relacionados con la patología.

- Aerosolterapia-ventiloterapia. **La medicación será, en todos los casos, por cuenta del Asegurado.**
- Oxigenoterapia. Tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como ambulante. Se incluye la oxigenoterapia ambulante para aquellos pacientes que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.
- Diálisis (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal). Exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, **quedando excluidas expresamente las afecciones crónicas.**
- Logofoniatría. **Exclusivamente como rehabilitación en intervenciones mayores de laringe,** hasta un máximo de 60 sesiones.

- Laserterapia. Queda incluida únicamente en tratamientos de oftalmología y rehabilitación músculo esquelética.
- Quimioterapia y Oncología radioterápica. En régimen de internamiento o en hospitalización de día. El Asegurador sólo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.
- Litotricia extracorpórea Renal.
- Detección precoz y tratamiento de la sordera en niños. Incluye consulta y exploración, Otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

8. OTROS SERVICIOS

- Ambulancias: 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 Asegurador, salvo en caso de urgencia.

El transporte, en todo caso, será terrestre y se realizará siempre que el médico lo ordene por escrito y concurran especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan al Asegurado la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo propio).

Están excluidos en este servicio los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación y fisioterapia, diálisis y para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.

- Podología: quiropodia, sólo en consultorio.
- Preparación al Parto. Comprende un conjunto de técnicas que se aplican con la finalidad de que la gestante se encuentre preparada física y psicológicamente para el momento del parto. Dirigido a mujeres gestantes a partir del segundo trimestre del embarazo.

ARTÍCULO 4º - RIESGOS EXCLUIDOS

a) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

b) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, fuera del régimen de hospitalización (salvo la quimioterapia administrada en los centros concertados), así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

c) La Asistencia Sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adición a drogas de cualquier tipo.

- d) La Asistencia Sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- e) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el submarinismo, espeleología, el boxeo, las artes marciales, la escalada, rugby, carrera de vehículos a motor, quad, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa; así como la Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
- f) La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, 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 Condiciones Particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento, durante su primer año de vida, conforme el punto 1. e) del Artículo 11º, y dentro del límite establecido en las Condiciones Especiales.
- g) Las medicinas alternativas. Los tratamientos en asilos, residencias, balnearios y similares.
- h) Los chequeos o exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo lo expresamente incluido en el punto 3. del Artículo 3º.
- i) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad (salvo lo expresamente incluido en el punto 3.30. del Artículo 3º), la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción y el tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.
- j) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, no pudiendo alegarse las razones puramente psicológicas del Asegurado, si no existiera defecto funcional de la parte del cuerpo afectada.
- k) Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia y curas de reposo y sueño, salvo lo expresamente incluido en el punto 3.36. del Artículo 3º.
- l) Los trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea y el trasplante de córnea (el asegurador no se hace cargo de la córnea a trasplantar).
- m) La Asistencia Sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

n) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.

o) En la especialidad de odontoestomatología, quedan excluidas las obturaciones, endodoncias, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los incluidos en el punto 3.31. del Artículo 3º.

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

q) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en el punto 7. del Artículo 3º.

r) Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8. del Artículo 3º.

s) Los tratamientos crónicos de diálisis.

t) 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 ocupacional o así lo indique el especialista, incluido dentro de la lista de facultativos, a cargo del tratamiento. Se excluye la terapia educativa.

u) 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 cualquier otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos y las necesarias en la especialidad de hematología.

v) Las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.

ARTÍCULO 5º - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

1. ORIENTACIÓN ASISTENCIAL

El Asegurador dispone de un Servicio de Orientación Asistencial cuya finalidad es facilitar a los Asegurados el acceso a los servicios asistenciales, informando de los procedimientos a seguir y facilitando dichos procedimientos en la mayor medida posible.

2. MODALIDAD I: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR MEDIO DE LA LISTA DE FACULTATIVOS DEL ASEGURADOR

La Asistencia Sanitaria cubierta por la póliza se prestará, en todas las poblaciones donde el Asegurador tenga delegaciones o cuente con lista de facultativos concertados. Cuando en cualquiera de estas poblaciones no se disponga de algunos de los servicios

comprendidos en el contrato, éstos serán prestados en otra población donde los mismos puedan facilitarse, a elección del Asegurado.

2.1. Libertad de elección de médicos

Los Asegurados podrán acudir libre y directamente a los facultativos de medicina primaria y especialistas que formen parte de la lista de facultativos del Asegurador que en cada momento se encuentre vigente.

El Asegurador recomienda que cada Asegurado tenga un médico o pediatra de cabecera, responsable de la atención familiar. Cada Asegurado podrá elegir su médico o pediatra de cabecera y A.T.S. entre los facultativos que figuran en la lista de facultativos del Asegurador, bastando con comunicar al Asegurador su elección o la modificación de la misma. Cuando esta elección recaiga sobre un facultativo cuyo ámbito territorial de actuación no incluya el domicilio del Asegurado, el Asegurador no estará obligado a prestarle atención domiciliaria.

2.2. Visita domiciliaria

La visita domiciliaria del médico de cabecera o A.T.S. se realizará previo aviso telefónico al facultativo entre las 9 y las 17 horas. La visita domiciliaria se realizará únicamente en el domicilio que figura en la póliza. Cualquier modificación en el mismo deberá ser comunicada al Asegurador con una antelación mínima de 8 días al requerimiento de cualquier servicio.

En los casos de urgencia, el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia establecidos por el Asegurador, o contactar con el servicio telefónico que con este fin se incluye en la documentación facilitada a los Asegurados.

2.3. Participación del Asegurado en el coste de los servicios

El Asegurado abonará por cada acto médico recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, el Asegurador remitirá periódicamente al Tomador del seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieran utilizado los Asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total resultante se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la prima.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por el Asegurador, de conformidad con lo establecido en el Artículo 13º (ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA).

2.4. Autorización de prestaciones

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador para hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, y determinados tratamientos especiales y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos del Asegurador.

El Asegurado deberá obtener confirmación previa de la prestación por parte del Asegurador, que otorgará esta confirmación salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. Una vez otorgada la confirmación escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente.

En los casos de urgencia será suficiente la orden del médico del Asegurador, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación del Asegurador dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso hospitalario o al comienzo de la prestación del servicio asistencial. El Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la póliza no cubra el acto médico o la hospitalización.

2.5. Urgencias

El servicio de urgencia deberá solicitarse por teléfono o acudiendo directamente al Centro Permanente de Urgencias que el Asegurador tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en la lista de facultativos.

2.6. Desplazamientos temporales

El Asegurador se compromete a prestar Asistencia Sanitaria al Asegurado desplazado temporalmente de su lugar de residencia habitual, en cualquier lugar del territorio nacional. Para ello, se deberán utilizar los servicios propios o concertados por el Asegurador que se indican en la documentación entregada a los Asegurados.

2.7. Asistencia en medios no concertados con el Asegurador

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su lista de facultativos, ni de los gastos de internamiento y de servicios que los mismos pudieran prescribir.

2.8. Acreditación de los Asegurados

Al solicitar los servicios asistenciales, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta individual Caser Salud, que el Asegurador le entregará al efecto, así como el último recibo de la prima satisfecho, cuyo periodo debe estar vigente. El Asegurado deberá firmar el recibo justificativo del servicio.

Cuando el médico o el centro que preste el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el Documento Nacional de Identidad a las personas obligadas a poseerlo.

3. MODALIDAD II: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR MEDIOS AJENOS (REEMBOLSO DE GASTOS)

Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según las garantías descritas en el Artículo 3º y 4º, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a la lista de facultativos del Asegurador, éste reembolsará al Asegurado de acuerdo con el porcentaje y los límites indicados en las Condiciones Especiales de la póliza, los gastos que el tratamiento conlleve.

3.1. Comunicaciones de siniestros

El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro al Asegurador dentro de los siguientes plazos:

- a) En los casos de asistencia de urgencia, dentro de los cinco (5) días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar la asistencia médica o quirúrgica o el internamiento hospitalario.
- b) En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programados, dentro de los siete (7) días laborables inmediatamente posteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 16º de la Ley de Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación, y deberá dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

3.2. Tramitación a realizar para el reembolso de gastos

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios, el Tomador del seguro o en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la documentación siguiente:

- a) **Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo del Asegurador, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.**
- b) **Originales de las facturas** relativas a los gastos sanitarios causados y de **los recibos** o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.
 - Las facturas incluirán:
 - Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
 - Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de actos/s médico/s y su/s fecha/s).

- c) Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.
- d) Prescripciones médicas originales en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.
- e) En caso de hospitalización, informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar al Asegurador toda la colaboración que éste le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales médicos y especialistas designados por el Asegurador, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del Contrato de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo médico que atiende al paciente.

El Asegurado se obliga a facilitar al Asegurador traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado Español.

3.3. Liquidación y Pago

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones y cálculos oportunos para establecer el importe a indemnizar, el Asegurador dispondrá de un plazo de **diez días laborables** para reembolsar o consignar dicho importe, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir al Asegurador la/s factura/s de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a reembolsar por el Asegurador se realizará en euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida.

Aunque el Asegurador abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura.

ARTÍCULO 6º - LÍMITES GENERALES

1. Límites Geográficos

Las coberturas de la póliza son válidas en el mundo entero, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si dicho domicilio fuese trasladado fuera de España, la cobertura de la póliza cesará automáticamente, siendo devuelta la parte de la prima no consumida al Tomador del seguro o al Asegurado. Esta limitación también es aplicable a cualquiera de los integrantes de la Póliza.

2. Límites cuantitativos

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la lista de facultativos del Asegurador (Modalidad I), este hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno.

Si el Asegurado utiliza alguna de las garantías que comprende la Modalidad II, se le aplicaran los siguientes límites cuantitativos:

a) Suma Asegurada Anual: computará a los efectos de suma asegurada la totalidad de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante un año natural.

Una vez alcanzado el límite de la suma asegurada establecida en las Condiciones Especiales, se entenderán finalizadas las obligaciones del Asegurador en la Modalidad de Reembolso, hasta un nuevo año natural.

Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada establecida en las Condiciones Especiales, para el primer año, será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la póliza, si la extinción es anterior al 31 de diciembre.

b) Límites Parciales: son los límites establecidos en Condiciones Especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas que el Asegurador reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifica. Sólo computarán y se aplicarán a la Modalidad de Reembolso de Gastos.

3. Medios sanitarios ajenos al Asegurador

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a la lista de facultativos del Asegurador, éste no asume otras obligaciones que las citadas en el Artículo 5º, según las Condiciones Especiales.

4. Utilización combinada de ambas modalidades

El uso combinado de ambas modalidades para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos del Asegurador con los profesionales, centros y establecimientos de sus cuadros médicos que intervienen en el proceso.

5. Recién Nacidos

Los recién nacidos podrán ser asegurados de acuerdo con el punto 1. e) del Artículo 11° y tendrán la cobertura especificada en la póliza.

En el caso de utilizar la modalidad de prestación de asistencia sanitaria por medios ajenos (Modalidad II) y si la asistencia sanitaria fuera como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, **el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido** y con el límite máximo económico establecido en las Condiciones Especiales de la póliza. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la póliza del recién nacido.

No obstante, será necesario que el alta de la madre en la póliza haya tomado efecto con al menos diez meses (10) de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la póliza en los 15 días naturales siguientes a su nacimiento.

ARTÍCULO 7° - PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del contrato. Se exceptúan del anterior principio general las siguientes prestaciones, las cuales precisarán haber cumplido los periodos de carencia previa que se especifican a continuación:

Período de carencia de seis meses:

- **Planificación familiar.**
- **Intervenciones quirúrgicas e ingresos en Centros Hospitalarios para tratamiento médico o intervención quirúrgica. No se aplicará este periodo de carencia en los casos de urgencia vital.**
- **Tratamientos Oncológicos, Cardiovasculares, Litotricia, Diálisis, Ozonoterapia.**

Período de carencia de ocho meses:

- **Asistencia a Partos: No se aplicará este periodo de carencia en los partos prematuros o distócicos.**

Período de carencia de 24 meses:

- **Reproducción Asistida.**

ARTÍCULO 8° - BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1. Las declaraciones efectuadas por el Tomador y el Asegurado en el Cuestionario-Solicitud del seguro, sobre su estado de salud, constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

2. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud (Artículo 10º de la Ley).

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que éste tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador 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 hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro o Asegurado quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe (Artículo 12º de la Ley).

c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario (Artículo 15º de la Ley).

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19º de la Ley).

3. El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe la lista de facultativos correspondiente a su provincia de residencia, siempre que afecte al servicio de atención primaria o al 50% de la lista de especialistas, debiendo notificar tal decisión al Asegurador por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y electrorradiólogos.

4. Si se hubiese practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados, y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurrido un año desde la perfección del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

5. Si el Tomador, al solicitar el seguro, hubiera declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, el Asegurador sólo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediera de los límites de admisión establecidos por él.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la prima pagada hubiera sido inferior a la que correspondería haber pagado,

el Tomador vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiera correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a reintegrar al Tomador el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 9º - DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro se contrata por el periodo previsto en las Condiciones Particulares y, salvo pacto en contrario, la duración de la póliza se ajustará al año natural. A su vencimiento, y de conformidad con el Artículo 22º de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de la conclusión del periodo de seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse al Asegurador.

El Asegurador no podrá resolver la póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar con el tratamiento.

Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

1. Por fallecimiento.
2. Si en la póliza están incluidos familiares que convivan con el Tomador del seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá todos los derechos por ellos adquiridos, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

Las personas menores de edad sólo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.

Las coberturas contratadas no tomaran efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la prima.

ARTÍCULO 10º - PAGO DE PRIMAS

El Tomador del seguro, de acuerdo con el Artículo 14º de la Ley, está obligado al pago de la prima.

1. La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al Artículo 15º de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de

que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

2. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

3. El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el recibo de prima emitido por el Asegurador.

4. En las Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de prima, aplicándose las siguientes normas:

a) El Tomador del seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al Banco o Caja, dando la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de treinta días naturales, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del seguro. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la misma, y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo citado anteriormente sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del seguro, aquélla deberá notificar tal hecho a este último por carta o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de treinta días naturales para que le comunique la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

ARTÍCULO 11º - OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO O DEL ASEGURADO

1. El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Quedará exonerado de esta obligación si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

El Asegurador 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 Tomador del seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador 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 Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

b) Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de estado de salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

d) Comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

e) Los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde su nacimiento, si la asistencia de la madre al parto se realiza con cargo al seguro, para ello el Tomador deberá comunicar al Asegurador el nacimiento en el plazo de 15 días hábiles mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro. Las altas tomarán efecto en la fecha de nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. **Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, el Asegurador podrá denegar la admisión y se aplicarán los periodos de carencia establecidos en el Artículo 7º, siendo necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud.**

En todo caso, el Asegurador cubrirá la Asistencia Sanitaria al recién nacido durante las 72 horas siguientes a la de su nacimiento, finalizando entonces la cobertura si el alta del mismo no se ha producido con la fecha de efecto del día del nacimiento, conforme lo estipulado.

f) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

g) Otorgar y facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el Artículo 82º de la Ley.

2. La tarjeta Caser Salud, propiedad del Asegurador y que éste entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida,

sustracción o deterioro, el Tomador del seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del seguro y el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta Caser Salud.

3. El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre éste y la proposición de seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el Artículo 8º de la Ley.

ARTÍCULO 12º - OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de prestar la asistencia contratada, el Asegurador entregará al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5º de la Ley, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente, entregará al Tomador la tarjeta Caser Salud, documento personal e intransferible, correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza.

En el momento de suscribir la póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar de la lista de facultativos correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias.

La lista de facultativos podrá ser actualizado anualmente por el Asegurador, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas del Asegurador la entrega de la lista de facultativos actualizada.

ARTÍCULO 13º - ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

El Asegurador podrá actualizar anualmente el importe de las primas y el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere el punto 2.3. del Artículo 5º de estas Condiciones Generales. También podrá modificar los límites y el porcentaje de reembolso de gastos establecidos en las Condiciones Especiales.

Estas actualizaciones de primas y franquicias incorporarán los ajustes necesarios para garantizar que la tarifa de prima sea suficiente y se fundamentan en los cálculos técnico-

actuariales realizados y basados en el incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, que se incorporan a la cobertura garantizada u otros hechos de similares características.

Las primas a satisfacer por el Tomador variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, el sexo y la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de cada renovación.

El Tomador del seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas y/o franquicias para la anualidad siguiente, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o su rescisión al término de la anualidad en curso, mediante correspondiente escrito dirigido al Asegurador.

ARTÍCULO 14º - COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones al Asegurador se realizarán en el domicilio que se señala en la póliza.
2. Las comunicaciones y pago de las primas que se realicen en las delegaciones, sucursales u oficinas del Asegurador o al Agente mediador del contrato, surten los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

ARTÍCULO 15º - PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se derivan del presente contrato, prescriben en el término de **cinco años** a contar desde la fecha en que puedan ejercitarse.

ARTÍCULO 16º - JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado en España.

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, las Condiciones Particulares, las Especiales, si las hubiera, y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

ANEXO 1 - GARANTÍA COMPLEMENTARIA AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

1. Objeto de servicio

El objeto del presente servicio es garantizar a las personas designadas como Asegurados, la prestación de los servicios de Segunda Opinión Médica tal y como serán definidos posteriormente.

El servicio de Segunda Opinión Médica consistirá en la valoración, por parte de expertos de reconocido prestigio nacional e internacional en la enfermedad de que se trate, del diagnóstico y tratamiento que sigue el Asegurado en el proceso o enfermedad que padezca, emitiendo el correspondiente informe al respecto.

2. Asegurados

Tendrán la condición de Asegurados las personas, titulares de la póliza, y Beneficiarios de la misma de alta en el momento de la solicitud del servicio y durante todo el periodo que dure el mismo.

3. Descripción del servicio

El objeto del presente servicio es garantizar a los Asegurados la prestación de los servicios descritos a continuación, siempre que los mismos sean solicitados durante el periodo de vigencia de la presente póliza de seguro de Asistencia Sanitaria y a tenor de las definiciones que se detallan a continuación:

a) Segunda Opinión Médica de las patologías descritas dentro de este contrato en el apartado **enfermedades objeto de Segunda Opinión Médica**. El servicio consiste en:

- Servicio de Segunda Opinión Médica con especialistas del máximo prestigio nacional e internacional.
- Sin necesidad de desplazamiento y con respuesta en un plazo de diez días laborables, a contar desde la fecha en que el Asegurado envía cumplimentado el formulario de solicitud de Segunda Opinión Médica y la documentación correspondiente.
- Apoyo al paciente, si éste lo estima oportuno, con posterioridad a la tramitación de la Segunda Opinión Médica.

b) Selección de expertos y centros hospitalarios:

- Selección y referencia de expertos médicos y centros hospitalarios nacionales e internacionales.

- Asesoramiento referente a la atención médica que recibirá en centros hospitalarios nacionales e internacionales.

c) En aquellos casos en los que el Asegurado considere oportuna la prestación de servicios médicos fuera de la lista de facultativos y centros concertados del Asegurador, se prestará un servicio de Administración de Gastos que consistirá en:

- Gestión de citas con médicos nacionales fuera de la lista del Asegurador e internacionales.
- Obtención de presupuestos y costes estimados de hospitalización.
- Trámites de admisión en hospitales nacionales e internacionales.
- Coordinación del traslado del paciente (reservas, ambulancia aérea y terrestre y servicio de traducciones).

En ningún caso estos servicios se prestarán sin la autorización previa del Asegurador.

4. Enfermedades Objeto de Segunda Opinión Médica

El servicio de Segunda Opinión Médica se prestará en aquellos casos en los que el Asegurado cuente con un primer diagnóstico de las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad Idiopática de Parkinson (parálisis agitans).
- Esclerosis múltiple.
- Diabetes infantil.
- Enfermedades tropicales.

5. Otras condiciones

La prestación de los servicios recogidos en esta póliza de seguro de Asistencia Sanitaria se realizará únicamente cuando el propio Asegurado o a través del médico del Asegurador que le atienda, soliciten, en el teléfono establecido al efecto, la prestación de Segunda Opinión Médica.

Efectuada la solicitud telefónica, el Asegurador facilitará al Asegurado un cuestionario, el cual se devolverá cumplimentado debidamente, junto con el historial médico/clínico relativo al caso, las pruebas de laboratorio, informes médicos, radiografías, biopsias, y otros documentos médicos a disposición del Asegurado, que correspondan al primer diagnóstico establecido, así como los informes y pruebas complementarias que el Asegurador pudiera solicitar en función de la enfermedad.

En el servicio de Segunda Opinión Médica quedan incluidos los honorarios y gastos derivados directamente de la realización de los servicios de consultas médicas y segundos diagnósticos indicados anteriormente siempre que éstos hayan sido solicitados de la forma descrita anteriormente. **Cualesquiera otros gastos, costes y honorarios derivados de consultas o tratamientos médicos, realización de pruebas y análisis, confección de informes, radiografías y otro tipo de exploraciones correrán a cargo del propio Asegurado si éste acude a medios ajenos a los cuadros médicos del Asegurador, aún en el caso de que éstos estén relacionados con la enfermedad o condición clínica para la cual se solicita la Segunda Opinión Médica.**

6. Utilización del servicio

Este servicio ofrece información médica para complementar, de la mano de un experto médico, la información que el Asegurado recibe de su médico responsable, y no pretende nunca llegar a un diagnóstico médico o a una decisión terapéutica por sí solo.

La respuesta obtenida a través del Asegurador estará condicionada a la veracidad y rigurosidad de los datos aportados.

La respuesta que el Asegurado reciba no debe usarse para sustituir a su médico responsable, ya que para llegar a cualquier decisión clínica se requiere una personalización que sólo puede dar la entrevista clínica real.

7. Solicitud de Segunda Opinión Médica

Las solicitudes de prestación de los servicios de Segunda Opinión Médica se podrán realizar a través del teléfono 901 33 22 33. El Asegurado deberá facilitar los datos identificativos que se le soliciten para acreditar su derecho a la prestación del servicio.

ANEXO 2 - GARANTÍA COMPLEMENTARIA AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

El Asegurador garantiza al Asegurado y a los demás Beneficiarios de la póliza y durante la vigencia de la misma, la cobertura de esta garantía complementaria, la cual será prestada a través de SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A.

Se entenderá por:

ASEGURADO: La persona física, residente en España, titular de la póliza, y Beneficiarios de la misma. No se modifica ni perjudica el derecho de los Asegurados, si éstos viajan por separado.

RIESGOS A PERSONAS: Esta garantía es válida en cualquier país del mundo excepto en España.

VALIDEZ: Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

PRESTADOR DEL SERVICIO: SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., con domicilio social C/Albacete, 5 28027 de Madrid.

Será condición indispensable para que el Asegurador asuma sus obligaciones, la comunicación inmediata del siniestro a SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., a través del teléfono indicado en este documento.

Garantías cubiertas

1. Repatriación del Asegurado fallecido y de los acompañantes

En caso de defunción de un Asegurado, el Asegurador organiza y se hace cargo del transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañan y tuvieran la condición de Asegurados.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a los requisitos legales, **hasta un límite de 601,01 €.**

En cualquier caso, el coste del ataúd habitual y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo de el Asegurador.

2. Repatriación sanitaria de heridos o enfermos desde el extranjero

Según la urgencia o gravedad del caso y el criterio del médico que lo trate, el Asegurador toma a su cargo el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual, cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, la Compañía se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado.

Medio de transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquéllos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, ferrocarril o barco.
- Ambulancia.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso el Asegurador sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de esos servicios.

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado corresponde al médico designado por el Asegurador en cada caso, de acuerdo con el médico que trate al Asegurado y, si hay lugar a ello, con su familia.

Igualmente, el Asegurador toma a su cargo los gastos de traslado de hasta dos personas que viajasen con el Asegurado y que también tuviesen tal condición, hasta su lugar de origen o destino, siempre que el coste de éste no supere el retorno al domicilio.

3. Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, en el extranjero

Mediante esta garantía el Asegurador tomará a su cargo los gastos que le sean originados a cada Asegurado fuera de España a consecuencia de un accidente o de una enfermedad de carácter imprevisible, ocurrida durante el viaje y dentro del período de validez de esta cobertura, **hasta un límite de 15.000,00 €.**

En todo caso, **los gastos odontológicos de urgencia se limitan a 120,20 €.**

Los reembolsos de gastos aquí citados serán en todo caso complementarios de otras percepciones a las que se tenga derecho, tanto el Asegurado como sus causahabientes, bien sea por prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión al que estuvieran afiliados.

Por consiguiente, el Asegurado se compromete a hacer las gestiones necesarias para recobrar los gastos de estos organismos y a resarcir a el Asegurador de cualquier cantidad que ésta haya anticipado.

4. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado, en el extranjero

Si el estado del Asegurado enfermo o herido impide su repatriación, y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre debe exceder de cinco días, el Asegurador asume a su cargo:

- Un billete de ida y vuelta de ferrocarril (primera clase) o de avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que éste designe, acudir al lado del hospitalizado.
- El Asegurador abonará además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia y manutención de esta persona **hasta 66,11 € por día, sin que el total pueda exceder de 661,11 €.**

5. Prolongación de estancia en hotel en el extranjero

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, de acuerdo con el médico designado por el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos debidos a la prórroga de estancia en el hotel y manutención **hasta una cantidad de 66,11 € diarios y con un total máximo de 661,11 €.**

6. Envío de medicamentos al extranjero

El Asegurador gestionará la localización y el envío de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

Dicho envío queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

No obstante, la responsabilidad de el Asegurador termina si por la Dirección o el Consejo de Farmacéuticos de España se informa de la no existencia en nuestro mercado nacional del producto necesitado.

7. Transmisión de mensajes urgentes, derivados de las garantías

EL Asegurador tendrá a disposición de los Asegurados, el servicio de teléfono, atendido permanentemente las 24 horas, para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias derivadas de las garantías de Asistencia en Viaje.

8. Repatriación o transporte de los miembros de la familia menores de quince años

Si los menores de 15 años que viajen con el Asegurado, por causa de accidente, enfermedad o traslado de éste, cubierto por la póliza, quedasen sin asistencia y no pudieran continuar el viaje, el Asegurador organizará su regreso al domicilio o residencia consignado, enviando un familiar o proporcionado una azafata que los acompañe, si fuera necesario, en el medio de transporte y fecha determinados por el Asegurador.

9. Intérprete en caso de accidente o enfermedad

Si, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o enfermedad grave ocurrido en el extranjero, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, el Asegurador se compromete a ponerlo a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible.

Los gastos cubiertos por el Asegurador quedan limitados a 30,05 € diarios, con un máximo por siniestro de 180,30 €.

10. Anticipo de fianzas y gastos procesales

Si, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil, acaecido fuera del país de domicilio o de residencia señalado en la póliza, el Asegurado precisara prestar fianza penal para obtener la libertad provisional, o necesitara efectuar provisiones de honorarios para atender los gastos de defensa jurídica, podrá solicitar, previo compromiso formal de proceder a la devolución de las cantidades entregadas en el plazo de sesenta días, el anticipo por el Asegurador de un **importe máximo de 6.010,12 € por fianza y 601,01 € por gastos procesales.**

Con el objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente al anticipo a efectuar, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.

Queda excluido de esta cobertura en todo caso la defensa jurídica del Asegurado.

11. Servicio de trámites administrativos para hospitalización

El Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el Centro Hospitalario.

12. Fianzas por Hospitalización

Cuando por accidente o enfermedad grave cubiertos por la póliza, el Asegurado precise ser ingresado en un Centro Hospitalario, el Asegurador se hará cargo, **hasta el límite máximo de 601,01 €** de la fianza que el centro pueda demandar para proceder a la admisión del Asegurado.

13. Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave en el extranjero

Si el Asegurado necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, robo de sus pertenencias o por enfermedad grave, el Asegurador anticipará la cantidad correspondiente, **hasta un límite de 1.502,53 €.**

Con objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente al anticipo a efectuar, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.

Dicho anticipo queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

El Asegurado se compromete a devolver el importe anticipado por el Asegurador dentro del plazo de 10 días de finalización del viaje, y en cualquier caso, dentro de los dos meses siguientes a la fecha del anticipo.

14. Acompañamiento de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, el Asegurador facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista), para acompañar el cadáver.

15. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia y manutención **por importe de 60,10 €/día y máximo de tres días.**

16. Regreso anticipado a causa del fallecimiento de un familiar

Si cualquiera de los Asegurados en viaje debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, el Asegurador le hará entrega de un billete de ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista), desde el lugar en que se encuentre en ese momento hasta el de inhumación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento; o dos billetes hasta su domicilio habitual siempre que el acompañante tenga la condición de Asegurado.

17. Ayuda a la localización y envío de equipajes

En caso de demora o pérdida de equipaje, el Asegurador prestará su colaboración en la demanda y gestión de búsqueda, localización y expedición hasta su domicilio.

18. Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del reenvío al domicilio del Asegurado de aquellos objetos que hubiera olvidado éste en el lugar o lugares donde hubiera estado durante su viaje.

EXCLUSIONES GENERALES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza:

- Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.
- Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.

- Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.
- En los problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia, los gastos quedarán limitados, en cualquier caso, a un máximo de 120,20 €.
- El rescate de personas en montaña, mar o desierto.
- La práctica del deporte de alto riesgo, tales como montañismo, escalada, moto cross, vuelo sin motor, ala delta y similares.
- Los accidentes producidos por la práctica de esquí.
- Los gastos relativos a una enfermedad crónica, los de prótesis de cualquier tipo y las curas termales.
- Cualquier tipo de gastos médicos inferiores a 9,02 €.
- Los suicidios, autolesiones e intoxicaciones por droga o alcohol.
- En ningún caso el Asegurador sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.
- Enfermedades del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todos los problemas derivados del alcoholismo y drogadicción.
- Vacunaciones y controles de enfermedades previamente conocidas.
- Curas termales y terapéuticas con rayos uva.
- Fisioterapia y quinesioterapia.
- Las enfermedades mentales así como el psicoanálisis y psicoterapia.

CONDICIONES ADICIONALES A LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

1. Este suplemento es complementario a la póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria, no teniendo validez si no va acompañado de la misma.
2. El Asegurador no será responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.
3. Respecto de los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, el Asegurador sólo se hará cargo del exceso sobre los gastos por ellas previstos normalmente, (billetes de tren, avión, travesías marítimas, pasajes, carburantes para el vehículo, etc.).
4. La Garantía de Asistencia en Viaje se presta por medio de SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A., cuya función es exclusivamente la prestación del servicio.

5. Será condición indispensable para que el Asegurador asuma sus obligaciones, la comunicación inmediata del siniestro a SMASA, Sociedad Mundial de Asistencia, S.A. en el teléfono indicado en este documento.

6. Para la utilización de los servicios especificados, bastará con llamar al siguiente teléfono, pudiéndolo hacer a cobro revertido:

Asistencia en el extranjero:

34 91 325 55 55

O

34 91 595 50 49

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

1. Caser pone a disposición de sus clientes su Servicio de Atención al Cliente en Avenida de Burgos, 109, 28050 Madrid. Fax: 91 595 54 96, e-mail: atencionclientes@caser.es.

2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de dos meses desde su presentación, las quejas y reclamaciones planteadas directamente o mediante representación acreditada por todas las personas físicas o jurídicas, usuarios de seguros y partícipes o beneficiarios de planes de pensiones de empleo y asociados de Caser, cuando las mismas se refieran a intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros y planes de pensiones, ya deriven de los propios contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos, en particular del principio de equidad.

Las quejas y reclamaciones se presentarán por escrito en cualquiera de las oficinas de la Entidad, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan su lectura, impresión y conservación, y respondan a los requisitos y características legales, establecidas en el Reglamento.

3. Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos dos meses desde la fecha de recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, fax 91 339 71 13, cuyas decisiones, no obstante, no son vinculantes. Igualmente, podrá someterlas a los juzgados y tribunales competentes.

4. En todas las oficinas de Caser abiertas al público y en la página web de Caser, www.caser.es, nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación así como el Reglamento para la Defensa del Cliente de Caser, que regula la actividad y el funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones.

5. En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los contratos; la normativa reguladora de la actividad aseguradora y la normativa de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros (Ley de Contrato de Seguro, texto refundido de la Ley y Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, Ley de Reforma del Sistema Financiero, Ley de Instituciones de Inversión Colectiva, Real Decreto 303/2004, de 20 de Febrero, y Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo, Ley y Reglamento para la Defensa de Consumidores y Usuarios, y Ley de Condiciones Generales de la Contratación).