NOTA INFORMATIVA PREVIA
CASER SALUD INTEGRAL

(Clientes particulares individuales y/o familiares)

1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

CASER, Caja de Seguros Reunidos, Cia. de Seguros y Reaseguros, S.A., (-CASER-) con domicilio en Av. de Burgos, 109, 28050, Madrid, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 2245, Folio 179, Hoja M-39662, CIF: A28013050.

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Caser Salud Integral.

3. TIPO DE SEGURO

Caser Salud Integral es un seguro de asistencia sanitaria completa, sin cargos adicionales por anualidad hasta el décimo servicio. Cubre la atención ambulatoria y la hospitalización en las diferentes especialidades médicas a través de un amplio cuadro médico concertado a nivel nacional.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

Para la formalización del contrato de seguro junto a la cumplimentación de la solicitud de seguro, es necesaria la realización de un cuestionario de salud, que podrá realizarse de manera presencial o telemática, según los medios que habilite el Asegurados en cada caso. Este consiste en una declaración de salud firmada o locución grabada por parte de cada uno de los Asegurados a incluir en el contrato antes de su formalización, en el que se incluyen preguntas relevantes sobre el estado de salud de cada uno de ellos. Dicho cuestionario debe ser cubierto por cada uno de las personas a asegurar (salvo en el caso de menores de 18 años, donde dicha declaración será hecha por padre/madre o tutor legal), teniendo la obligación de contestar con veracidad a cada una de las preguntas, e indicando todas las circunstancias por él conocidas sobre su salud (pasada y actual). Estas permitirán a la entidad Aseguradora, hacer una correcta valoración del riesgo de cara a la contratación del seguro, rechazar la contratación o establecer exclusión de cobertura en alguna de las enfermedades preexistentes declaradas por los Asegurados (previa aceptación del Asegurado).

En caso de falsedad, inexactitud u omisión intencionada de información en alguna de las declaraciones recogidas en el cuestionario, la Compañía podrá finalizar el contrato de seguro en cualquier momento.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

5.1. GARANTÍAS

COBERTURAS MÉDICAS PRINCIPALES

- **Medicina primaria**: medicina general, pediatría y enfermería.
- **Todas las especialidades médicas:** (ginecología, traumatología, oftalmología, rehabilitación y fisioterapia, psicología, etc.)
- **Procedimientos terapéuticos y medios de diagnóstico**: (análisis clínicos, radiología, test de cribado prenatal no invasivo, dianas terapéuticas para el tratamiento oncológico, plataformas genómicas para el cáncer de mama, diagnóstico de la infertilidad, etc.).
- Atención y servicios permanentes de **urgencias**.
- Todo tipo de tipo de **hospitalización**: médica, quirúrgica (incluidas prótesis internas fijas), pediátrica, por maternidad, psiquiátrica y UVI.
- **Tratamientos:** laser en proctología, reproducción asistida, etc.

COBERTURAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

- **Complemento bucodental.**
- **Segunda opinión médica** para enfermedades graves.
- **Asistencia sanitaria en el extranjero**, hasta 90 días y límite de 15.000€.
- **Cuidados posparto en el hogar**.
- Implantación de DIU, **incluido reembolso de dispositivo.**
- **Línea de atención psicoemocional.**

OTRAS VENTAJAS Y SERVICIOS

- **Asistencia médica y pediátrica 24 horas**, telefónica y online.
- **Ayuda en gastos de farmacia y vacunas infantiles**: 50% de los gastos hasta 100 € por Asegurado y año.
- **Ayuda en gastos de óptica:** reembolso del 50% de los gastos hasta 100 € por Asegurado y año.
- Ventaja de contratación, **sin carencias ni preexistencias,** para niños **recién nacidos y adoptados** incluidos en la póliza de los padres.
- **Habitación individual**, en caso de hospitalización, **con cama para acompañante**.

5.2. GARANTÍAS ACCESORIAS OPCIONALES

El producto Caser Salud Integral no dispone de garantías opcionales con coste, pero la Compañía sí dispone de un espacio de servicios de salud, Caser Salud + Beneficios (online: casermasbeneficios.com), a través del cual es posible contratar de forma independiente servicios relacionados con la salud, el bienestar y la estética, en condiciones preferentes.

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

6.1. EXCLUSIONES GENERALES

1. ASISTENCIA SANITARIA

a) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, estados o condiciones de salud previas, accidentes y sus secuelas, defectos o deformidades congénitas o previas, diagnosticadas antes de la fecha de inicio del alta de cada Asegurado en el contrato, así como la de aquellos signos o síntomas que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología, o bien que hubieran precisado con anterioridad de estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole, salvo que dichas enfermedades, lesiones, accidentes, síntomas, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Contratante 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 al contrato desde su nacimiento conforme el punto 1. e) del Artículo 10º.

b) Los chequeos o exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo lo expresamente incluido en el punto 3. del Artículo 3º. Los análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.

c) 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).

d) La asistencia sanitaria derivada del consumo de alcohol, drogas de cualquier tipo o intoxicaciones por abuso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.

e) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio y enfermedades o accidentes sufridos por culpa grave, imprudencia o negligencia del Asegurado.

f) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la participación en apuestas y competiciones, la práctica de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, la práctica de deportes peligrosos, tales como el submarinismo, espeleología, el boxeo, las artes marciales, la escalada, el rugby, práctica deportiva con vehículos a motor, quad, parapente, las actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, las actividades de navegación o en aguas bravas, el puenting, el barranquismo, el esquí, el snowboard, el surf y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa; así como la derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.

g) Lo relativo a la psicología, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test neuropsicológicos y psicométricos, la psicoterapia psicoanalítica, así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatríca, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia de grupo, test psicológicos y curas de reposo y sueño, salvo lo expresamente incluido en el punto 3.28. del Artículo 3º.

h) Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8 del Artículo 3º. Asimismo, quedan excluidos los traslados requeridos, independientemente de que el régimen sea ambulatorio o de ingreso, para cualquier consulta, pruebas diagnósticas y terapéuticas, tratamientos de rehabilitación, fisioterapia, logofoniatría, psicología, radioterapia, oncología, cirugía y todos los tratamientos especiales.

i) La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción, cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido y el tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.

j) Quedan expresamente excluidas las intervenciones quirúrgicas, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otro tipo de intervención que tenga un carácter estético. Igualmente queda expresamente excluida cualquier patología, complicación o necesidad de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas especiales que estén directamente relacionadas o sean consecuencia de haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de naturaleza estética. Únicamente en estos casos se asumirán las pruebas necesarias para la revisión ginecológica.

k) Los trasplantes de órganos o tejidos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea y el trasplante de córnea, salvo lo expresamente incluido en el punto 3.25. del Artículo 3º.

l) Queda excluida cualquier prueba genética que se solicite con fin pronóstico o preventivo, así como los estudios de predisposición genética del Asegurado o sus familiares. Asimismo, quedan excluidas de cobertura el consejo genético, la determinación de mapas genéticos, las pruebas de paternidad o parentesco, así como cualquier acto que no esté recogido explícitamente en el punto 4. del Artículo 3.

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

n) Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas. En todo caso el Asegurador se reserva la facultad de reclamar al Asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.

o) La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas. Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grado.

p) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se administren al Asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. Quedan excluidos los medicamentos no comercializados en España. Asimismo, quedan excluidas las vacunas.

q) Quedan excluidos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no estén contrastados científicamente, o de aparición posterior a la firma del presente contrato no contemplados por el Asegurador. Procedimientos no universalizados o no

consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado superados por otros disponibles, los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.

Un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico se considera seguro y eficaz a efectos del presente contrato, cuando esté aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Un procedimiento se considera que está universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en centros hospitalarios públicos que no sean solo hospitales de referencia.

r) La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en el Artículo 1º, Definiciones, "citostático". Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

s) 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 y así lo indique el profesional responsable y realizador de dichos tratamientos. Además, quedan excluidas: la rehabilitación derivada de patologías neurológicas, la terapia educativa, la educación del lenguaje, la educación especial para enfermos psíquicos y la rehabilitación de estimulación temprana en los casos de retraso del desarrollo psicomotor. Queda excluida la rehabilitación del suelo pélvico y los drenajes linfáticos salvo lo expresamente incluido en el punto 3.31. del Artículo 3º. Queda expresamente excluida la rehabilitación en ingresados y en domicilio.

t) Quedan excluidas las terapias alternativas y complementarias tales como la acupuntura, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, la mesoterapia, la osteopatía, la hidroterapia y la presoterapia.

u) Queda expresamente excluido cualquier medio de diagnóstico para los trastornos del sueño, salvo lo expresamente incluido en el punto 4 del Artículo 3º.

v) Cirugía metabólica y de la obesidad e implantación/colocación de bandas gástricas y balones intragástricos.

w) Queda excluida la cirugía robótica, salvo lo incluido en el punto 3.35 del Artículo 3º. Igualmente queda excluida la neuromonitorización para cualquier procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico, salvo lo incluido en el punto 3.21 del Artículo 3º.

x) Quedan expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular y cerebral.

y) Queda excluida la cirugía del Parkinson y de la Epilepsia.

z) Queda excluida la cirugía de reducción de mamas, la cirugía profiláctica de mama y la ginecomastia.

aa) Queda excluido cualquier prótesis, implante, dispositivo sanitario, material ortopédico, órtesis y fijadores externos no contemplados en el punto 6 del Artículo 3º. El implante coclear y el

implante de carina o similar. También quedan excluidas las endoprótesis valvulares cardiacas, dispositivos de cierre y stent vasculares por defectos congénitos y otros dispositivos tipo MitraClip, dispositivos de cierre orejuela, de leaks o similares en procedimientos percutáneos o transapicales. Las prótesis de pene, las lentes intraoculares multifocales, las lentes monofocales tóricas y bitóricas. Quedan excluidas las infiltraciones con factores de crecimiento autólogos (plasma rico en factores de crecimiento) y/o concentrados plaquetarios y componentes celulares.

bb) Quedan expresamente excluidos los selladores, colas o pegamentos biológicos, el gel barrera antiadhesiva o antiadherente, los sustitutos de los injertos óseos: cementos óseos y matriz ósea desmineralizada regenerativa, así como cualquier otro material biológico o sintético no contempladas en el punto 6 del Artículo 3º.

cc) Queda excluida la quimioterapia intraperitoneal.

dd) En la especialidad de odontoestomatología, quedan excluidas las obturaciones, endodoncias, colocación de prótesis e implantes osteointegrados dentales, ortodoncias, periodoncias, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los incluidos en el punto 3.24. del Artículo 3º.

ee) Los tratamientos que tengan como finalidad recuperar la funcionalidad del área bucodental, como cirugía ortognática, preimplantológica y preprotésicas.

ff) La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Asimismo, se excluye la implantación de segmentos/anillos intracorneales. Queda expresamente excluido el crosslinking como tratamiento para el queratocono.

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

hh) La cámara hiperbárica.

ii) Los tratamientos crónicos de diálisis.

jj) Las medicinas alternativas, los tratamientos en asilos, residencias, balnearios y similares.

kk) Quedan excluidos los partos por medio acuático, a domicilio y por medios alternativos.

2. ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO

1) Las reclamaciones que se puedan derivar directa o indirectamente de enfermedades previas, congénitas, crónicas o dolencias bajo tratamiento médico previo al inicio del viaje.

2) La interrupción voluntaria del embarazo, los partos, excepto las urgencias vitales y los casos de complicaciones imprevisibles hasta la semana 29 del embarazo.

3) Los siniestros ocurridos en caso de guerra, pandemias, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje, huelgas o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que el asegurado pruebe que el siniestro no tiene relación con tales acontecimientos.

4) Las prestaciones derivadas de la práctica de deportes de riesgo, tales como montañismo, escalada, motocross, vuelo sin motor, ala delta, esquí, snowboard y similares o que requieran una preparación física.

5) Cualquier gasto reclamado cuando las fechas del seguro no coincidan con las fechas reales del viaje (se debe tener en cuenta tanto el día de salida como el día de regreso).

6) Vacunaciones y controles de enfermedades previamente conocidas.

7) Los gastos relativos a prótesis de cualquier tipo, fisioterapia y quinesioterapia.

8) Los gastos de implantes, cirugías experimentales y tratamientos cuya seguridad y coste-efectividad no estén contrastados científicamente o no estén reconocidos por la ciencia médica oficial en España. Los tratamientos psicológicos, los tratamientos estéticos, de rehabilitación o de medicina preventiva.

9) Cualquier tipo de gasto médico inferior a 9,02 €.

10) Los suicidios, autolesiones e intoxicaciones por consumo de droga o alcohol.

11) En ningún caso el Asegurador sustituirá a los organismos de socorro de urgencia del país del que se trate, ni se hará cargo del coste de estos servicios.

12) Las enfermedades mentales, así como el psicoanálisis y la psicoterapia.

6.2. PERIODOS EN LOS QUE NO SE PUEDE DISFRUTAR DE LA COBERTURA

PERIODOS DE CARENCIA	COBERTURAS
Hasta los 6 meses	• Planificación familiar • Intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios (salvo casos de urgencia vital) • Tratamientos oncológicos, cardiovasculares, diálisis y litotricia
Hasta los 10 meses	• Asistencia en partos • Rehabilitación de suelo pélvico posparto. • Cuidados posparto en el hogar
Hasta los 24 meses	• Reproducción asistida

Si el Asegurado procede de otra compañía se podrán suprimir los periodos de carencia, salvo parto y reproducción asistida. Para ello, deberá presentar el último recibo pagado de su póliza anterior y las Condiciones Particulares de la misma.

6.3. EDAD LÍMITE DE CONTRATACIÓN

La edad máxima de contratación para el producto Caser Salud Integral es de 69 años.

7. FORMAS DE COBRO DE LA PESTACIÓN

PRIMA: el producto Caser Salud Integral, permite fraccionar el pago de la prima de forma mensual, trimestral, semestral o anual, sin ningún recargo en la prima por ello.

COPAGO: participación del Asegurado en el coste de los servicios. El producto Caser Salud Integral tiene establecida de forma estándar una cantidad progresiva en el coste de los servicios. Esto significa que el Asegurado de forma anual no abonará ningún coste por los 10 primeros servicios facturados por los Centros Médicos a la Compañía y, a partir del 11º, abonará la cantidad estándar del producto.

SERVICIOS	COSTE
De 0 a 10 servicios	0 €
Medicina primaria: general, pediátrica y enfermería	2 €
Logofonía	2 €
Aerosolterapia, ventilación y oxigenoterapia	2 €
Podología	2 €
Tratamientos de rehabilitación y fisioterapia (sesión)	2 €
Especialistas	4 €
Preparación al parto	4 €
Medios de diagnóstico habituales	4 €
Psicología: adultos y pediatría	8 €
Medios de diagnóstico de alta tecnología	10 €
Urgencias y urgencia a domicilio	10 €
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas	10 €
Reproducción asistida e inseminación artificial	10 €
Cuidados posparto en el hogar	10 €
Resto de los servicios	4 €

IMPORTES MÁXIMOS DEL SUPLEMENTO DENTAL: los importes máximos aplicables por los proveedores en los tratamientos bucodentales. Siempre pueden ser consultados en nuestra App Caser Salud, Área privada de Clientes (caser.es/App de Caser) o en nuestro espacio web: https://bit.ly/38iYXmO

8. CONDICIONES, PLAZOS Y FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PAGO

8.1. CUESTIONES GENERALES

El pago del seguro contratado se puede realizar de forma mensual, trimestral, semestral o anual sin recargo alguno. Éste se realizará a través de domiciliación bancaria en la cuenta corriente, titularidad del Contratante, expresamente indicada en la solicitud de seguro.

8.2. COMUNICACIÓN ANUAL DE LA FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PAGO Y ACTUALIZACIONES

Caser podrá modificar el precio aplicable a la siguiente anualidad, y en su caso el importe de los copagos, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en el IPC sanitario, la frecuencia en la utilización de las coberturas garantizadas, la inclusión de avances médicos o nuevas coberturas aseguradas en cada renovación anual del contrato, así como las actualizaciones derivadas de descuentos familiares o promocionales en el momento de contratación.

En caso de modificación del precio estipulado, el Contratante del seguro recibirá una notificación de dicha actualización para la anualidad siguiente dos meses antes de la fecha de finalización del contrato, pudiendo optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o su finalización al termino de la anualidad en curso, mediante correspondiente escrito dirigido al Asegurador.

8.3. TARIFAS E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR EN EL CÁLCULO DEL PAGO

Los pagos a satisfacer por el Contratante variarán en función del incremento anual de los costes médicos del sistema sanitario, así como la actualización de la edad de cada Asegurado, la variación del número de personas en el contrato, la vinculación como cliente, las condiciones promocionales (si las hubiese en su contratación), 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.

Los precios estipulados netos mensuales para el producto Caser Salud Integral, podrán consultarse en cualquier momento y de manera actualizada en nuestros espacios web https://bit.ly/2P09FqT; https://bit.ly/2SEd5QN

8.4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

El seguro se contrata por el periodo previsto en las Condiciones Particulares. A su fecha de finalización, 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 un mes de la fecha de la conclusión del periodo de seguro en curso si es el Contratante, y dos meses si es la Aseguradora.

En cualquier caso, la entidad Aseguradora se compromete a:

a. No resolver el contrato cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar con dicho tratamiento.

b. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en el contrato. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato las que se enumeran a continuación:

. Procesos oncológicos activos.
. Insuficiencia renal aguda.
. Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
. Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
. Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardiaca.
. Degeneración macular.
. Enfermedades cardiacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
. Trasplante de órganos.
. Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
. Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.

c. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan Asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad (sin impagos) alcance una antigüedad continuada de 5 o más años.

Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

a. El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.

b. Se produjese impago del precio estipulado o negativa a aceptar su actualización por parte del Contratante.

c. El Contratante no esté de acuerdo con las condiciones de renovación.

La renuncia por parte de la Compañía a su derecho de oponerse a la continuidad del contrato requiere de forma inexcusable que el Contratante acepte el pago y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la Aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN

En esta modalidad de seguro, el Asegurado tendrá derecho a la rehabilitación del contrato conforme establece la Ley de Contrato de Seguro. Si tratándose de la segunda y siguientes anualidades del seguro se produjera el impago de la fecha de finalización del pago anual, y el contrato entrase en suspensión de garantías, la rehabilitación se produciría a las 24 horas del día en que se produjera el pago de la prima anual.

8.6. LÍMITES Y CONDICIONES RELATIVOS A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR

El Asegurado dispone de libertad de elección del prestador del servicio entre los profesionales y centros que figuran en el cuadro médico ofertado, que siempre estará actualizado en la App Caser Salud o en la página web caser.es, para su consulta.

Asimismo, existen una serie de actos médicos que precisan la prescripción de un profesional del cuadro. Estos se encuentran recogidos en el Condicionado General.
Igualmente, existen una serie de actos médicos que requieren autorización previa por parte de la

Compañía, se muestran en la siguiente tabla:

HOSPITALIZACIÓN

- Ingresos: médicos, quirúrgicos, psiquiátricos
- Hospital de día
- Hospitalización domiciliaria
- Cirugía ambulatoria
- Traslados en ambulancia

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Endoscopia: cualquier técnica
- Medicina nuclear cualquier técnica
- Ecografías: transesofágica y alta resolución
- Radiología: TAC, RMN, densitometrías, angiografías, estudios urodinámicos PET, PET-TAC
- Análisis clínicos: cariotipos-genética, helicobacter Pylori, marcadores tumorales
- Estudios Genéticos
- Cardiología: ergometrías, Holter, Doppler, hemodinamia, estudios electrofisiológicos, Marcapasos
- Neurofisiología: cualquier técnica
- Anatomía patológica: imunohistoquímica y patología molecular
- Dermatoscopia
- Estudio biomecánico de la marcha

TRATAMIENTOS

- Oncología: quimioterapia, radioterapia
- Rehabilitación: fisioterapia, logopedia, psicología
- Laserterapia oftalmológica
- Oxigenoterapia domiciliaria
- Hemoterapia
- Radiología intervencionista
- Tratamiento del dolor
- Litotricias extracorpóreas
- Reproducción asistida
- Cuidados posparto en el hogar

PRÓTESIS INTERNAS FIJAS

Este listado recoge alguna de las prestaciones que requieren autorización previa por parte de la compañía, pero no todas están necesariamente cubiertas en el producto Caser Salud Integral. Consulte el Condicionado General, Especial y Particular de su contrato.

Podrá solicitar sus autorizaciones a través del teléfono gratuito 91 055 16 61 y de forma online en la

App Caser Salud o en el Área privada de Clientes (caser.es/App de Caser).

9. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

Los precios estipulados están sujetos a la aplicación del impuesto legalmente repercutible en el primer recibo (0,15% L.E.A.) y el IPS en su parte de cobertura correspondiente. Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto aquella parte de la prima destinada a cubrir garantías de Asistencia Sanitaria en Viaje.

10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) pone a disposición de sus clientes su Servicio de Defensa del Asegurado (Quejas y Reclamaciones) en Avenida de Burgos, nº 109, 28050 Madrid, y en la dirección de correo electrónico defensa-asegurado@caser.es.

Si la resolución de la reclamación es desestimatoria o bien han trascurrido más de un mes sin obtener respuesta, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, organismo que actuará como entidad de resolución alternativa de litigios en materia de consumo, de acuerdo con la Disposición Adicional Primera de la ley 7/2017, de 2 de noviembre. Para ello se facilita la dirección de la página web de la Dirección General de Seguros, www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/, donde el reclamante podrá informarse sobre el procedimiento, los requisitos y medios para presentar la reclamación o queja. Igualmente, podrá someterla a los juzgados y tribunales competentes.

11. LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN APLICABLES

· Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de Desarrollo.

· Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades Aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo.

· Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

El Contrato de seguro 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.

12. RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto aquella parte de la prima destinada a cubrir garantías de Asistencia Sanitaria en Viaje.

Con carácter general en los Seguros para Particulares, las primas abonadas por el presente seguro no otorgan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna. No obstante, pueden existir casos especiales en algunas comunidades Autónomas.