

SALUD PRESTIGIO

Contrato mixto de Asistencia Sanitaria y
Reembolso de Gastos

Condiciones Generales

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.-CASER-

Domicilio Social: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

caser.es

Inscrita en Registro Mercantil de Madrid
Hoja M-39662,
N.I.F

Estado miembro: España

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, a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su normativa de desarrollo.

La Autoridad a quien corresponde el control de la actividad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES	5
ARTÍCULO PRELIMINAR.....	5
ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES	6
ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO	12
ARTÍCULO 3º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.....	12
1. MEDICINA DE LA FAMILIA	12
2. URGENCIAS.....	12
3. ESPECIALIDADES.....	13
4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	17
5. HOSPITALIZACIÓN.....	19
6. PRÓTESIS, IMPLANTES E INJERTOS.....	20
7. TRATAMIENTOS	22
8. OTROS SERVICIOS.....	23
9. ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO.....	23
ARTÍCULO 4º - EXCLUSIONES	
1. ASISTENCIA SANITARIA.....	27
2. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO.....	31
ARTÍCULO 5º - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS	32
1. ORIENTACIÓN ASISTENCIAL.....	32
2. MODALIDAD I: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR MEDIO DE LA LISTA DE FACULTATIVOS DEL ASEGURADOR.....	32
3. MODALIDAD II: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA POR MEDIOS AJENOS (REEMBOLSO DE GASTOS).....	35
ARTÍCULO 6º - LÍMITES GENERALES	37
ARTÍCULO 7º - PERÍODOS DE CARENCIA	38
ARTÍCULO 8º - BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	39
ARTÍCULO 9º - DURACIÓN DEL SEGURO.....	41
ARTÍCULO 10º - PAGO DE PRIMAS.....	41
ARTÍCULO 11º - OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO O DEL ASEGURADO	44
ARTÍCULO 12º - OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	44
ARTÍCULO 13º - ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA....	44
ARTÍCULO 14º - COMUNICACIONES	44
ARTÍCULO 15º - PRESCRIPCIÓN.....	45
ARTÍCULO 16º - JURISDICCIÓN.....	45

GARANTÍA COMPLEMENTARIA AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA.....	46
ANEXO I: COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA.....	46
ANEXO II: COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.....	52
SERVICIO DE DEFENSA AL ASEGURADO.....	55

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 la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 1060/2015 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 la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El Tomador del contrato, 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 QUE VAMOS A UTILIZAR EN SU CONTRATO

A efectos del presente contrato se entiende por:

ASEGURADO/BENEFICIARIO: es aquella persona que percibe la prestación correspondiente en los casos previstos en el contrato. Por lo general, tiene un vínculo común de intereses personales, familiares o económicos con el Contratante o Tomador

ACCIDENTE: lesión corporal sufrida durante la vigencia del contrato que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que sucede en un momento y lugar identificable.

ANÁLISIS COSTE – EFECTIVIDAD: comparación económica de diferentes técnicas sanitarias para permitir seleccionar las más adecuadas en resultados de salud, según los recursos disponibles.

ASEGURADOR: la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado, en este contrato CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –CASER–, denominada en adelante el Asegurador.

ASISTENCIA MÉDICA COMPLETA: engloba todas las especialidades y prestaciones sanitarias incluidas en el seguro de salud: asistencia primaria, asistencia especializada, medios complementarios de diagnóstico y tratamiento de asistencia hospitalaria y cirugía.

ASISTENCIA MÉDICA EXTRAHOSPITALARIA: es la asistencia médica diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio prestada en un centro médico, en el domicilio del paciente, y/o en un hospital o clínica sin pernoctación y que origina una estancia inferior a 24 horas.

ASISTENCIA MÉDICA TELEMÁTICA/TELEMEDICINA: prestación médica realizada a distancia mediante la tecnología.

ASISTENCIA NEONATAL: todo proceso hospitalario médico o quirúrgico que afecta a un recién nacido durante sus primeras cuatro semanas de vida (28 días).

ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO: conjunto de coberturas que vienen a dar solución a determinadas situaciones que pueden presentarse durante la realización de un viaje al extranjero, dicha cobertura quedará recogida y limitada acorde a lo expuesto en este contrato. La gestión de las prestaciones requiere del contacto previo del Asegurado con la Central de Asistencia, operativa las 24 horas del día todos los días del año.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO: asistencia al Asegurado por el médico generalista o de familia y de enfermería en el domicilio que figura en el contrato, cuando la patología del enfermo lo requiera, y siempre previa prescripción de un médico especialista incluido en la lista de profesionales del Asegurador.

CENTRO MÉDICO CASER: Centro médico propio de atención sanitaria digital.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: toda aquella intervención quirúrgica realizada en quirófano, con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no precisa ingresos hospitalarios y el paciente puede ser dado de alta pocas horas después de la intervención.

CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA: atención sanitaria de procesos que requieren intervenciones quirúrgicas sencillas, de corta duración y generalmente con anestesia local.

CIRUGÍA ONCOLÓGICA: procedimiento quirúrgico tras un diagnóstico oncológico.

CIRUGÍA ASISTIDA POR NEURONAVEGADORES: sistema informatizado de digitalización de imágenes para guiar en tiempo real al cirujano en las intervenciones neurológicas complejas o de alto riesgo.

CIRUGÍA ROBÓTICA: maniobras quirúrgicas dirigidas por el cirujano y realizadas por un robot. Incorpora un complejo sistema de imágenes, que permite visualizarlas en realidad virtual y en 3D entre otros avances informáticos.

CITOSTÁTICO/CITOTÓXICO: medicamentos utilizados como quimioterapia en oncología para detener la multiplicación celular. Actúan sobre la mitosis celular a través de distintas acciones sobre el ADN y ARN de las células.

CONDICIONES PARTICULARES: documento integrante del contrato en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

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.

CONTRATANTE/TOMADOR: la persona física o jurídica que, junto 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 o Beneficiario.

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

COPAGO: participación que asume y se factura al Contratante o Asegurado por cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en el contrato, y que coincidirá con lo informado por los proveedores del Asegurador. Dicha cantidad puede ser actualizada anualmente y variar en función de las clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas utilizadas, que vienen determinadas en las Condiciones Particulares.

CUADRO MÉDICO: es la relación completa de profesionales y centros sanitarios propios o concertados definida por el Asegurador.

CUESTIONARIO DE SALUD: formulario de preguntas sobre el estado de salud, facilitado por los medios que habilite el Asegurador, en el que se declaran todos los datos necesarios que deban ser conocidos por el mismo para la evaluación del riesgo y que cada uno de los Asegurados ha de firmar y declarar de forma completa y exacta.

DOLENCIA PREVIA: es aquella condición de la salud, no necesariamente patológica, que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta del seguro, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

ENFERMEDAD: toda alteración de la salud del Asegurado que no sea consecuencia de un accidente, diagnosticada por un médico durante la vigencia del seguro, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria.

ENFERMEDAD, LESIÓN, MINUSVALÍA O MALFORMACIÓN 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 momento de la vida del Asegurado.

ENFERMEDAD PREVIA: enfermedad del Asegurado anterior a la fecha del inicio de su contrato, diagnosticada o no al comienzo del mismo.

ENFERMERO/A: profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

FUERZA MAYOR: evento o acontecimiento independiente de la voluntad del Asegurado que no pueda ser ni impedido ni previsto y que haga imposible el cumplimiento de la obligación.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible que proporcionan información y orientación al personal sanitario sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades.

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: costes derivados de intervención quirúrgica y/o ingreso médico hospitalario. Se incluyen en dichos costes los siguientes conceptos; médico cirujano, los de sus ayudantes, anestesistas, matrona y los del personal médico que se necesite en la intervención o en la asistencia médica realizada.

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 solo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

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

HOSPITALIZACIÓN GENERAL: asistencia que se presta en un hospital en régimen de internamiento que implique como mínimo pernoctar en el hospital, para el tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado como paciente.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: asistencia en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas, quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin necesidad de pernocta hospitalaria.

INMUNOTERAPIA: conjunto de tratamientos destinados a que sea el sistema inmunológico del paciente oncológico el que desarrolle la actividad antitumoral, bien estimulando el sistema inmunitario del enfermo o bien mediante la administración directa de determinados anticuerpos. Dentro de este grupo se incluyen:

- **Anticuerpos monoclonales:** son anticuerpos específicos de algún receptor de la célula tumoral o de algún factor que necesita para su crecimiento.
- **Vacunas:** se expone el organismo a un antígeno (una proteína o fragmento del patógeno o la célula tumoral) de forma que la reconozca y se produzca una respuesta inmunológica.
- **Terapia celular adoptiva:** procedimiento de tratamiento de gran complejidad técnica que consiste básicamente en extraer linfocitos que están en el tumor o bien de la sangre del paciente y modificarlos genéticamente para que reconozcan células del tumor. Se cultivan “in vitro” y se vuelven a administrar al paciente.
- **Citoquinas:** las citoquinas son pequeñas moléculas que utilizan las células del sistema inmunológico para comunicarse entre ellas. Se incluyen en este grupo el interferón en los pacientes con melanoma y la interleucina en los pacientes con carcinoma renal.
- **Proteínas de control inmunológico:** son fármacos que actúan sobre la regulación del sistema inmunológico y permiten controlar la respuesta inmunológica.
- **Otras inmunoterapias.**

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, mediante incisión u otra vía de abordaje, efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de un quirófano.

MATERIAL BIOLÓGICO, BIOMATERIAL, ÓRGANOS BIOMATERIALES: materiales u órganos biológicos que, implantados mediante cualquier técnica, sustituyan, regeneren o complementen un órgano o su función.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: piezas o elementos de diferente naturaleza, empleados para la unión de los extremos de huesos fracturados o para unir extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO: productos sanitarios de usos externo, permanente o temporal, que se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético. Su implantación no requiere intervención quirúrgica.

MEDICINA PREVENTIVA: son aquellas revisiones y pruebas diagnósticas que pueden ayudar a prevenir enfermedades o detectarlas en su estado más inicial.

MEDICINA REGENERATIVA: son aquellas terapias que se emplean para la regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

MÉDICO: profesional legalmente habilitado y autorizado para ejercer la medicina.

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

MEDIOS AJENOS: médicos y centros no incluidos en el Cuadro Médico del Asegurador que le corresponda según la modalidad de seguro contratada.

MEDIOS PROPIOS: médicos y centros incluidos en el Cuadro Médico del Asegurador que le corresponda según la modalidad del seguro contratada.

PARTO: salida del recién nacido y la placenta desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior. El parto normal es aquel que se produce entre las semanas 37 y 42 desde la fecha de la última menstruación. Se considera parto prematuro aquel que sucede después de la semana 20 y antes de la semana 37 de la gestación. Los partos ocurridos después de la semana 42 se consideran partos post-término.

PERIODO DE CARENCIA: intervalo de tiempo durante el que todavía no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en el contrato. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados incluidos en él.

PERIODO DE DISPUTABILIDAD: intervalo de tiempo, desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los Asegurados incluidos en él, 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 hubiera declarado 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.

PLATAFORMA DE SERVICIOS: Portal online **-casermasbeneficios.es-** (titularidad de Caser Servicios de Salud S.A.U, Entidad del grupo Caser), para la adquisición de servicios de salud, prevención y bienestar.

PRESTACIÓN: consiste en la asistencia sanitaria derivada de la enfermedad.

PRIMA: es 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.

PRÓTESIS, IMPLANTES E INJERTOS: todo elemento de cualquier naturaleza que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos.

PSICOLOGÍA CLÍNICA: especialidad de la Psicología, que se ocupa del tratamiento y rehabilitación de las anomalías y trastornos del comportamiento humano.

PSICOTERAPIA: tratamiento que se realiza a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o diagnóstico de un psiquiatra.

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA: todos los actos realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente.

REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: conjunto de terapias físicas específicas (también denominada fisioterapia neurológica), prescritas por un médico neurólogo o rehabilitador, y realizados por un fisioterapeuta en un centro idóneo de rehabilitación, destinadas a devolver, en la medida de lo posible, la movilidad normal a aquellos pacientes que hayan sufrido un trastorno sensitivo-motor derivado de un daño cerebral adquirido severo.

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

SOLICITUD DE SEGURO: documento en el cual el Contratante del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo, siendo necesaria la buena fe del Contratante.

TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIAL Y COMPLEJA: aplicaciones médicas de la robótica, la informática y la bioingeniería en los ámbitos del diagnóstico y del tratamiento médico. Es habitual que su uso e implantación estén avalados por informes de las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS).

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: grupo de medicamentos que, dentro del tratamiento sistémico del cáncer, están diseñados para bloquear de forma específica aspectos concretos de la biología celular o tumoral en lugar de destruir todas aquellas células que se reproducen rápidamente. Dentro de este grupo se incluyen:

- **Anticuerpos monoclonales contra receptores de membrana.**
- **Inhibidores de la tirosina quinasa.**
- **Inhibidores de m-tor.**
- **Fármacos antiangiogénicos:** reducen la formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de vasos preexistentes.
- **Nuevos agentes hormonales.**

TERAPIA CELULAR: uso de células vivas procesadas ex vivo y reintroducidas en un organismo humano con el objeto de curar, prevenir o diagnosticar enfermedades.

La **Medicina Regenerativa** es el área de la terapia celular concerniente al desarrollo y uso de estrategias médicas para reparar o recuperar órganos, tejidos o células dañadas, enfermas o metabólicamente deficientes. Este reemplazo o reparación de elementos orgánicos se resuelve a través de Implantes de Células (modificadas ex vivo o no), o de implante de Tejidos u Órganos Bioartificiales, generados in-vitro o in-vivo, utilizando técnicas de Ingeniería de tejidos.

TERAPIA GENÉTICA: proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades mediante la modificación del genoma celular. La terapia genética consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (síntesis de una proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus, etc...).

TARJETA SANITARIA: documento, propiedad del Asegurador, que se expide a cada Asegurado y/o Beneficiario incluido en el contrato y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir las prestaciones cubiertas por el contrato.

URGENCIA: es la asistencia que, dada la situación clínica o médica del Asegurado, debe prestarse de una manera inmediata en un hospital, en un centro médico o en el domicilio del paciente.

URGENCIA VITAL: es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un riesgo para la vida del Asegurado.

ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO

Se trata de un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de profesionales concertados por el Asegurador. El Seguro ofrece la cobertura en dos modalidades complementarias:

MODALIDAD I: PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A TRAVÉS DE PROFESIONALES CONCERTADOS POR EL ASEGURADOR

El Asegurador proporcionará la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, según la práctica médica habitual, en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de la cobertura del contrato, siempre que el Asegurado utilice los profesionales concertados por el Asegurador.

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

El Asegurador reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado por la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, según la práctica médica habitual, en todas enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios, siempre que el Asegurado utilice recursos asistenciales ajenos al cuadro médico del Asegurador, tanto en España como en el extranjero. El reembolso de los gastos está sujeto a los importes máximos y porcentaje de reembolso que se especifica en las Condiciones Especiales de 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: engloba la asistencia médica en consulta, prescripción de medios de diagnóstico básicos y la asistencia a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos.

Pediatría – Puericultura: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Enfermería: 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 centros de urgencia permanente (24 horas) incluidos en la lista de profesionales y centros sanitarios concertados por el Asegurador o en centros ajenos al cuadro médico del Asegurador, tanto en España como en el extranjero. La asistencia será domiciliaria siempre y cuando el estado del

enfermo lo requiera, y prestada por un médico generalista y/o enfermero/a del Asegurador en aquellas poblaciones donde éste tenga concertado el servicio.

3. ESPECIALIDADES

La 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. Incluida la anestesia epidural.

3.3. Angiología y Cirugía Vascolar. Queda cubierta la cirugía de varices sintomáticas (grados III a VI) de la Clasificación CEAP, que valora y clasifica la insuficiencia venosa para el tratamiento o supresión del reflujo en los ejes safenos, mediante el uso de las técnicas de termoablación por endoláser (láser endovascular), mediante radiofrecuencia (fibra de radiofrecuencia endovascular) o mediante el tratamiento esclerosante. **Queda excluido el tratamiento con espuma y microespuma.**

3.4. Aparato Digestivo. Incluida la técnica de disección endoscópica submucosa.

3.5. Cardiología. Incluye un programa de prevención del riesgo cardiovascular en personas mayores de 45 años.

3.6. Cirugía Cardiovascular.

3.7. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluido el uso de láser en proctología y la radiofrecuencia como tratamiento en patología de esófago de Barret.

3.8. Cirugía Maxilofacial.

3.9. Cirugía Pediátrica.

3.10. Cirugía Plástica y Reparadora. Queda incluida la reconstrucción de la mama afecta tras cirugía mamaria de origen neoplásico, siempre y cuando ésta se haya efectuado durante el periodo de vigencia del contrato. Así mismo, se incluye si fuera necesario, mastectomía profiláctica y/o simetrización de la mama sana contralateral, dentro de la misma cirugía de la mama oncológica o dentro de un límite máximo de dos años posterior a la realización de la cirugía de la mama oncológica, siempre que la póliza se encuentre en vigor. Quedan incluidas las prótesis mamarias de la mama oncológica y de la mama contralateral si lo requiere.

3.11. Cirugía Torácica.

3.12. Dermatología médico quirúrgica y venereología.

3.13. Endocrinología y Nutrición.

3.14. Geriatria.

3.15. Hematología y Hemoterapia. Queda incluido el trasplante autólogo de médula ósea, **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.**

3.16. Medicina Interna. Incluye los gastos derivados del tratamiento de la infección y de las enfermedades causadas por el VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). **Se garantiza hasta un máximo de 6.000€ por Asegurado durante toda la vida de la póliza.**

3.17. Nefrología. Incluye la diálisis en procesos agudos.

3.18. Neonatología. Incluye la asistencia, administración de vacunas y realización de las pruebas necesarias al recién nacido. La atención médica como consecuencia de cualquier patología o complicación al nacer estará incluida siempre que **el recién nacido esté dado de alta como Asegurado y cuente con dicha cobertura.**

3.19. Neumología.

3.20. Neurocirugía. Incluida la cirugía intracraneal asistida por neuronavegadores.

3.21. Neurofisiología Clínica. Queda cubierta la monitorización neurofisiológica intraoperatoria del sistema nervioso, única y exclusivamente para la cirugía intracraneal, en la de fusión o artrodesis de tres niveles o más de la columna vertebral y en la cirugía de cara y cuello que afecte al nervio facial.

3.22. Neurología.

3.23. Obstetricia y Ginecología.

- a) **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.
- b) **Asistencia/control embarazo:** vigilancia del embarazo por médico tocólogo.
- c) **Planificación familiar:** incluida la ligadura de trompas, el control del tratamiento con anticonceptivos hormonales y la implantación del D.I.U. y su vigilancia. **Se reembolsará el coste del dispositivo intrauterino siempre que sea adquirido por el Asegurado en farmacia,** previa presentación de la prescripción médica y factura correspondiente. **No se cubrirá la oclusión tubárica histeroscópica, ni implantación de dispositivos tipo Essure, ni cualquier otra técnica.**
- d) **Medicina preventiva:** incluye exclusivamente la revisión ginecológica.
- e) **Diagnóstico de la infertilidad y 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 fecundación in vitro a la pareja,** estando incluida la ICSI (microinyección espermática), en caso de ser necesaria.

La edad límite para la aplicación de las diferentes técnicas se fija en 45 años incluidos para la mujer. Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso

fisiológico natural. Será necesario que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros de la pareja.

Cobertura limitada a la consecución de un parto durante la vigencia del contrato.

Esta garantía no incluye, el FISH en espermatozoide, el test de fragmentación de ADN de espermatozoides, el embryoscope, Screening Sperm HBA, la vitrificación, la congelación/descongelación y mantenimiento de embriones, ovocitos, tejido ovárico y esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y el diagnóstico genético preimplantacional (DGP). Quedan expresamente excluidos los tratamientos con inmunoglobulinas.

Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén asegurados y sean beneficiarios ambos de la misma cobertura. Se establece un periodo de carencia de 24 meses para cada miembro de la pareja.

El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los profesionales designados a tal efecto por el Asegurador, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado. **No se incluye mediante la modalidad de reembolso.**

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

- f) Cuidados postparto:** Tras el parto, valoración del estado general de la madre y del recién nacido. Se ofrecerán consejos sobre el cuidado del bebé, ayuda y asesoramiento con la lactancia, formación para el fortalecimiento del suelo pélvico y resolución de dudas asistenciales. **El límite de edad del recién nacido para la prestación del servicio será de 28 días. El servicio se prestará de forma digital.**

3.24. Odontología. Incluye únicamente las extracciones en consulta, curas estomatológicas derivadas de éstas, radiografía simple intrabucal y limpieza de boca (tartrectomía) una vez al año, **prescrita por un odontólogo del Cuadro Médico del Asegurador y todo ello realizado en consulta o gabinete odontológico.**

Adicionalmente, se incorpora un suplemento dental con servicios a precios especiales, ver las condiciones en el Anexo I del presente documento.

3.25. Oftalmología. Incluye la fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea, siendo el importe de la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado.

3.26. Oncología médica. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa, tipo port-a-cath, utilizados en quimioterapia. Incluidos los tratamientos de quimioterapia en hospital de día oncológico e ingresado en caso necesario, prescritos por un oncólogo. **El Asegurador solo asumirá los medicamentos administrados por vía intravenosa.**

3.27. Otorrinolaringología. Queda cubierta la radiofrecuencia para el tratamiento de las patologías relacionadas con el aparato respiratorio. Se incluye cobertura del láser CO2 sólo para patologías tumorales benignas o malignas de la vía aérea superior.

3.28. Psicología clínica. Incluye, **hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad del seguro**, la atención psicológica de carácter individual y temporal, de forma ambulatoria, cuya finalidad sea el tratamiento de procesos susceptibles

de intervención psicológica. En caso de **trastornos alimenticios**, esta cobertura contará con **20 sesiones adicionales por Asegurado y anualidad del seguro. Exclusivamente se prestará en los centros previamente concertados por el Asegurador para dicho tratamiento. Únicamente se ofrecerá esta cobertura a través del cuadro médico concertado, no se incluye mediante la modalidad de reembolso.**

Será necesaria la prescripción de un psiquiatra incluido en el Cuadro Médico del Asegurador y la autorización por parte de la Compañía, previa a su realización.

3.29. Psiquiatría.

3.30. Radioterapia. Exclusivamente para procesos oncológicos. Incluye la radiocirugía para procesos tumorales malignos, las malformaciones arteriovenosas y la neuralgia del trigémino. **Excluida la radioembolización con esferas y la protonterapia.**

3.31. Rehabilitación y Fisioterapia. Está **comprendida únicamente con carácter ambulatorio, para el tratamiento de las afecciones del aparato locomotor**, hasta lograr la mayor recuperación funcional posible. Incluye la rehabilitación cardiaca tras infarto agudo de miocardio, mediante programas de ejercicio físico y educativos, individualizados y supervisados por profesionales con **un límite máximo de 30 sesiones**. Queda incluido el drenaje linfático post-cirugía oncológica de la mama acontecida durante el curso de la vigencia del contrato. Incluidas las ondas de choque para lesiones osteotendinosas crónicas. **Para la modalidad I (prestación de asistencia sanitaria a través de profesionales concertados por el Asegurador), será necesaria la prescripción de un médico especialista incluido en el cuadro médico del Asegurador y la autorización previa a su realización.** Se incluye rehabilitación vestibular en patología del oído interno, y la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria con un **máximo de 8 sesiones por Asegurado y anualidad del seguro, en ambos casos en los centros concertados por el Asegurador para estos tratamientos.**

Será necesaria la prescripción de un médico especialista incluido en el Cuadro Médico del Asegurador y la autorización por parte de la Compañía, previa a su realización. Estos tratamientos no se incluyen mediante la modalidad de reembolso.

3.32. Reumatología.

3.33. Tratamiento del dolor. Quedan incluidos reservorios implantables (tipo port-a-cath). Quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas, **con las limitaciones en cuanto a la cobertura de la medicación en régimen ambulatorio.**

3.34. Traumatología y Cirugía Ortopédica. Incluye la cirugía por vía artroscópica y el tratamiento percutáneo de hallux valgus.

3.35. Urología. Incluye vasectomía, el diagnóstico de la impotencia (**no su tratamiento**), así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. Incluido el uso del láser quirúrgico de holmio en la patología endourológica, litiásica, enucleación prostática, estenótica o tumoral y del láser verde (KTP y HPS) **para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. En los centros previamente concertados por el Asegurador para dicho tratamiento. Únicamente se ofrecerá esta cobertura a través del cuadro médico concertado, no se incluye mediante la modalidad de reembolso.**

Incluye la biopsia de fusión de próstata para la detección del cáncer de próstata y la cirugía robotizada en cirugías de cáncer de próstata, **exclusivamente en los centros concertados por la Aseguradora. No se ofrecerá cobertura mediante la modalidad de reembolso, únicamente a través del cuadro médico de profesionales concertado por el Asegurador.**

Será necesaria la prescripción de un médico especialista incluido en el Cuadro Médico del Asegurador y la autorización por parte de la Compañía, previa a su realización.

4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, **previa prescripción de un médico especialista incluido en el Cuadro Médico del Asegurador.** Comprenderá los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica en el momento de suscripción del contrato. **No estarán cubiertos los estudios o pruebas de diagnóstico relacionadas con la investigación o de carácter científico, ni tampoco las pruebas derivadas de cirugía estética.** Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura.

4.1. Análisis clínicos. Bioquímica, hematología, microbiología y parasitología.

4.2. Anatomía Patológica y Citopatología. Quedan expresamente incluidas las determinaciones de las siguientes dianas terapéuticas como estudio previo a un tratamiento oncológico personalizado y según el tipo y estadio tumoral.

Diana terapéutica	Tipo/estadio tumoral	Tratamiento
HER2	Cáncer de mama	Inhibidores de HER2
	Cáncer gástrico avanzado (metastásico)	
EGFR	Cáncer de pulmón	Inhibidores de EGFR
KRAS	Cáncer de colon avanzado (metastásico)	Antic. antimonoclonales anti-EGFR
BRAF	Melanoma avanzado (metastásico)	Inhibidores de BRAF
c-Kit	Tumores del estroma gastrointestinal	Inhibidores de c-Kit
ALK	Carcinoma de pulmón	Inhibidores de ALK
N-RAS	Melanoma avanzado (metastásico)	Inhibidores de MEK
ROS1	Carcinoma de pulmón no microcítico	Inhibidores tirosinquinasa
PDL 1	Carcinoma de pulmón no microcítico	Antic. antimonoclonales anti-PD1

Solamente se cubrirán las dianas terapéuticas que aparezcan especificadas en la ficha técnica del fármaco y cuya determinación sea requerida como paso previo a la administración del mismo de cara a la actitud terapéutica de cada caso, y con evidencia y relevancia clínica demostrada. Solo se contemplarán para aquellos fármacos comercializados en España y que dispongan de la correspondiente indicación y aprobación por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

4.3. Dermatoscopia Digital. En diagnóstico precoz de melanoma en personas con antecedentes familiares y/o personales de melanoma, en el síndrome del nevus displásico y/o presencia de múltiples nevos/lunares.

4.4. Detección del ganglio centinela. En patología mamaria y melanoma.

4.5. Detección precoz de la sordera en niños. Incluye consulta y exploración, otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

4.6. Diagnóstico Cardiológico. Electrocardiograma, prueba de esfuerzo, ecocardiograma, holter de tensión arterial o de ritmo cardíaco, holter de eventos, estudios hemodinámicos y electrofisiológicos, coronariografía por TAC.

4.7. Diagnóstico Ginecológico. Incluye la tomosíntesis de mama y la RMN mamaria.

4.8. Diagnóstico Obstétrico. Se incluye el “triple screening” (test combinado del primer trimestre), la biopsia de corión y la amniocentesis, con la obtención del cariotipo cromosómico, para el diagnóstico de las anomalías fetales en embarazos de riesgo.

Incluido el Test prenatal no invasivo para el cribado de las trisomías fetales 13, 18 y 21 en caso de alteraciones del cribado combinado (triple screening) del primer trimestre, **(alto riesgo)**.

4.9. Genética. Quedan cubiertas **exclusivamente las pruebas genéticas incluidas en el siguiente listado siempre que sean necesarias e imprescindibles para el diagnóstico y/o tratamiento del paciente con síntomas de la enfermedad** teniendo en cuenta las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica vigentes en cada momento:

- **Cariotipo de sangre periférica, de médula ósea, en líquido amniótico y en vellosidades coriales.**
- **Panel de trombofilia (Factor II, V, XII y MTHFR).**
- **Haplotipo HLA DQ2_DQ8 (Celiaca).**
- **Hemocromatosis (Mutación C282Y, H63D, S65C).**
- **Biología Molecular de patógenos (Hepatitis, HPV, VIH, ETS).**
- **Oncohematología, estudios de FISH/Reordenamientos y Mutación JAK2 (V617F).**
- **Plataformas genómicas en cáncer de mama según indicaciones de ficha técnica de las mismas (MammaPrint®, Oncotype®, Prosigna® y EndoPredict®).**
- **Secuenciación BRCA (BRCA 1, BRCA2 y genes menores) exclusivamente en los siguientes casos:**
 - **Mujer no afecta con antecedente familiar de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años de edad y/o cáncer de ovario a cualquier edad.**

- **Mujer de más de 50 años con cáncer mama y con antecedente familiar de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años de edad y/o cáncer de ovario a cualquier edad.**
- **Mujer menor de 50 años con cáncer mama.**
- **Mujer con cáncer de ovario.**
- **Varón con cáncer de mama.**

4.10. Medicina Nuclear. Incluye los isótopos radioactivos para los estudios gammagráficos. Queda incluido el PET (tomografía por emisión de positrones) y el PET-TAC, **exclusivamente para los casos de oncología y epilepsia farmacorresistente** y con los radiotrazadores 18FDG, colina para el cáncer de próstata y galio para tumores neuroendocrinos.

4.11. Neurofisiología Clínica. Electroencefalografía, electromiografía y potenciales evocados. Polisomnografía, **exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.**

4.12. Pruebas de Neumología. Incluye las fibrobronoscopias diagnósticas y/o terapéuticas y la ecobroncoscopia.

4.13. Pruebas Digestivas. Incluye las endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas, las ecoendoscopias digestivas, así como la cápsula endoscópica para el diagnóstico de la hemorragia y/o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto. Incluye la colonoscopia virtual, la colonoscopia preventiva para cáncer de colon y la enteroresonancia. Incluida la elastografía hepática.

4.14. Radiodiagnóstico.

- **Radiología convencional.** Incluye las técnicas habituales de diagnóstico como radiología simple (cabeza, tronco, miembros, especial de cráneo y radiología estomatológica) y la radiología especial no intervencionista (digestiva, urología y ginecología).
- **Radiología intervencionista visceral y vascular.**
- **Ecografía y eco-doppler.**
- **Tomografía axial computerizada (TAC/Scanner).**
- **Resonancia magnética nuclear (RMN).**
- **Densitometría ósea.**

4.15. Urología. Incluye la resonancia magnética nuclear (RMN) multiparamétrica de próstata.

5. HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se realizará en centros propios o concertados por el Asegurador por indicación de un facultativo del mismo, 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 este se encuentre ingresado.

5.1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica): La duración del internamiento será determinada por el médico del Asegurador encargado de la asistencia hasta alcanzar el alta médica.

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), **siempre que éste esté dado de alta en la póliza.**

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, siempre que éste esté dado de alta en el contrato.**

5.4. Hospitalización quirúrgica: Queda incluida la cirugía mayor ambulatoria.

5.5. Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.): se realizará en los centros designados por el Asegurador, previa prescripción de un médico del mismo, 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 (60) 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 por contrato, que no requieran el ingreso en un centro hospitalario, se podrá prestar atención médica y servicios técnico-sanitarios en el domicilio del Asegurado que figure en el contrato.

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

6. PRÓTESIS, IMPLANTES E INJERTOS

Quedan cubiertas las prótesis internas fijas de carácter temporal o definitivo, que deberán ser proporcionadas por los proveedores designados por el Asegurador e implantadas durante el periodo de vigencia del contrato.

Comprende exclusivamente las siguientes:

a) Cardiovasculares

- Válvulas cardíacas (**excepto en los procedimientos percutáneos y/o transapicales**).
- By-pass periférico o coronario medicalizado o no medicalizado.
- Marcapasos con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y de corazón artificial.
- Stent coronarios.
- Los coils y/o material de embolización.

b) Traumatológicas

- Prótesis de cadera, rodilla y de otras articulaciones.
- Materiales necesarios para la fijación de columna.
- Disco y materiales de interposición intervertebral.
- Material necesario para vertebroplastia-cifoplastia.
- Injertos óseos de banco de huesos.

c) Oftalmológicas

- Lentes intraoculares monofocales para la corrección de catarata (**salvo las tóricas y bitóricas**).

d) Digestivas

- Mallas abdominales.
- Stent biliar.
- Endoprótesis esofágicas, duodenal y colónica.

e) Otorrinolaringología

- Prótesis de huesos de oído (estribo, yunque y martillo) en cirugía de estapedectomía/estapedotomía.

f) Otras

- **Prótesis mamarias** y expansores mamarios postcirugía **de origen neoplásico** (siempre y cuando se haya producido la cirugía durante el periodo de vigencia del contrato). Se cubrirá la prótesis en la **mama contralateral** si lo requiere, **según lo especificado en apartado 3.10 de este condicionado**.
- Prótesis auditivas, **únicamente estribo en caso de otosclerosis**.
- Prótesis de testículo **solo en los casos de postcirugía oncológica**. **No se cubrirá la prótesis en el testículo contralateral, salvo que esté afectado por neoplasia**.
- Sistemas de derivación líquido cefalorraquídeo.
- Sistemas de suspensión urológica.

Asimismo, quedan cubiertos exclusivamente los materiales biológicos y/o biomateriales y material de osteosíntesis detallados a continuación:

- **Plastias biológicas:** Biomatriz o malla reabsorbible en sustitución de la duramadre en la cirugía intracraneal o espinal tumoral, y del pericardio en la cirugía cardíaca.
- **Anclajes articulares:** incluye biomateriales de alta resistencia (PPLA y PEEK) para la fijación ligamentaria de las grandes articulaciones (hombro, rodilla, cadera, codo y tobillo) en la cirugía artroscópica mínimamente invasiva de las extremidades.
- **Duramadre.**

7. TRATAMIENTOS

Se realizarán, en todos los casos, **previa prescripción de un médico especialista incluido en el Cuadro Médico del Asegurador**, en los centros designados por el mismo y relacionados con la patología. **Para acceder a cualquiera de estos tratamientos será necesaria la autorización del Asegurador previamente a su realización.**

- **Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación será, en todos los casos, por cuenta del Asegurado.
- **Oxigenoterapia.** Tanto en supuestos de ingreso en institución ambulatoria como hospitalaria. Se incluye la oxigenoterapia ambulatoria para aquellos pacientes que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.
- **Diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal).** Exclusivamente para el tratamiento de la insuficiencia renal aguda.
- **Logofoniatría.** En caso de rehabilitación tras/post intervención mayor de laringe, **hasta un máximo de 60 sesiones por anualidad del contrato.** Y para patologías orgánicas referidos a las cuerdas vocales (edemas, nódulos, pólipos y cáncer) **hasta un máximo de 20 sesiones por anualidad del contrato.**
- **Laserterapia.** Queda incluida únicamente en tratamientos de oftalmología, rehabilitación músculo esquelética, urología (según lo establecido en el Artículo 3º), en el tratamiento de varices (según lo establecido en el Artículo 3º) y el uso del láser en proctología.
- **Quimioterapia y oncología radioterápica.** Se prestará en régimen de internamiento o en hospitalización de día, salvo las instilaciones intravesicales de BCG para el tratamiento de carcinoma superficial de vejiga, que podrán ser ambulatorias.

El Asegurador solo asumirá los gastos de medicamentos específicamente citostáticos administrados por vía intravenosa, que sean expedidos en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, aplicados según las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto. Así mismo, el asegurador se hará cargo de los medicamentos sin efecto antitumoral que se administren de forma simultánea junto a los citostáticos durante la sesión de quimioterapia, para evitar sus efectos adversos o secundarios.

- **Litotricia extracorpórea renal.**

8. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias:** el seguro cubre **exclusivamente los desplazamientos urbanos e interurbanos del Asegurado desde su domicilio al centro o viceversa y solo 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 con un informe que indique la necesidad de traslado asistido y concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan al Asegurado la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo propio).
- **Podología:** incluye quiropodia, el tratamiento de uña incarnata y/o papiloma en consultorio, y el estudio biomecánico de la marcha para los menores de 16 años.

9. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

El Asegurador garantiza al Asegurado y a los demás Beneficiarios del contrato y durante la vigencia del mismo, la cobertura de esta garantía, **con un máximo de 15.000€ por asegurado y anualidad del seguro.**

Esta garantía será prestada única y exclusivamente en la Modalidad I.

No obstante, los límites parciales de reembolso a efectuar por el Asegurador no excederán de los límites indicados en cada una de las garantías cubiertas.

En cuanto a la validez del seguro y para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas se tiene que cumplir todos los supuestos siguientes: persona física residente en España, titular del contrato y/o beneficiario del mismo que, desde el inicio del viaje hasta su finalización y dentro del período de validez de esta cobertura, le haya sobrevenido una enfermedad o accidente fuera del territorio español. **El viaje o desplazamiento no puede exceder de 90 días para que esta cobertura sea válida.**

Se entenderá por viaje, el realizado en transporte público o vehículo particular debiendo justificarse debidamente por cualquier medio de prueba (reserva de hotel, de avión, etc.). El periodo del viaje objeto de cobertura comprende desde el momento en que, dentro de las fechas contratadas en el seguro, el cliente hubiese abandonado su domicilio habitual con objeto de la realización o disfrute del viaje o servicio contratado, hasta su regreso al mismo.

El Asegurado se compromete a poner a disposición del Asegurador todos los documentos necesarios solicitados para poder tramitar las gestiones pertinentes.

Será condición indispensable para que el Asegurador asuma sus obligaciones, la comunicación inmediata de siniestro al prestador del servicio, a través del teléfono indicado en este documento.

Las exclusiones propias de la asistencia sanitaria en el extranjero se encuentran recogidas en el Artículo 4, punto 2.

9.1. GARANTÍAS CUBIERTAS

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

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

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.

En el caso de que alguno de los Asegurados precise atención odontológica de urgencia, el Asegurador asumirá los gastos derivados de la misma **hasta un máximo de 120,20 €**.

En ningún caso quedan cubiertos los gastos originados por tratamientos médicos o quirúrgicos no necesarios en opinión del equipo médico del Asegurador o cuya realización pueda ser retrasada hasta el regreso del Asegurado o Beneficiario a su domicilio.

2. Fianzas por hospitalización

Cuando por accidente o enfermedad grave cubiertos por el contrato, 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.

3. Anticipo de efectivo en caso de enfermedad grave en el extranjero

Si el Asegurado o Beneficiario necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de una enfermedad grave, el Asegurador anticipará la cantidad correspondiente, **hasta un límite de 1.500 €**.

Con objeto de garantizar el importe anticipado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente al anticipo a efectuar, 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 desde la finalización del viaje y, en cualquier caso, dentro de los dos meses siguientes a la fecha del anticipo.

4. 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 tomará a su cargo el transporte del Asegurado o Beneficiario, 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 o Beneficiario.

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 del país de que se trate, 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 tomará a su cargo los gastos de traslado de hasta dos personas que viajasen con el Asegurado o Beneficiario y que también tuviesen tal condición, hasta su lugar de origen o destino, siempre que el coste de éste no supere el de retorno al domicilio.

5. Repatriación del Asegurado fallecido y de los acompañantes

En caso de defunción de un Asegurado o Beneficiario, 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 o Beneficiarios.

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

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

6. Acompañamiento de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado a los restos mortales del Asegurado fallecido, el Asegurador facilitará a la persona que designen los causahabientes, para acompañar el cadáver.

9.2. CONDICIONES ADICIONALES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO

1. El Asegurador no será responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.
2. Respecto de los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, **el Asegurador solo se hará cargo del exceso sobre los gastos por ellas previstos normalmente, (billetes de tren, avión, travesías marítimas, carburantes para el vehículo).**
3. **Será condición indispensable para que el Asegurador asuma sus obligaciones, la comunicación inmediata del siniestro en el teléfono operativo** las 24 horas del día, los 365 días del año.

Puede consultar el teléfono de Asistencia Sanitaria en el Extranjero en los medios digitales habilitados para ello, o en su tarjeta sanitaria.

ARTÍCULO 4º - EXCLUSIONES

1. ASISTENCIA SANITARIA

- a) 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, la equitación, 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.
- 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 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 no expresamente excluida 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 11º.

- g) Lo relativo a la psicología, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test neuropsicológicos y psicométricos, la psicoterapia psicoanalítica, así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, 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 cuyo fin sea el cambio de sexo o 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 todos aquellos los procedimientos diagnósticos o técnicas diagnósticas, quirúrgicas o terapéuticas que sean de aparición posterior a la firma de la presente póliza no contemplados por el Asegurador, salvo que el Asegurador, en cumplimiento de lo establecido en el art 126.2 del Real decreto 1060/2015 de 20 noviembre de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, haya comunicado por escrito al Asegurado su incorporación a las coberturas aseguradas, en los términos y dentro de los límites establecidos en dicha comunicación.
También quedan excluidos aquellos métodos terapéuticos, técnicas quirúrgicas o pruebas diagnósticas realizadas dentro de ensayos clínicos, o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleados en la práctica clínica habitual. Se considerarán como tales, todos aquellos que no consten aprobados por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las Agencias de Evaluación de las tecnologías Sanitarias dependientes de los servicios de salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad. Quedarán igualmente excluidos de cobertura aquellos métodos terapéuticos, técnicas quirúrgicas o pruebas diagnósticas que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles.
- 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 cardiaca, 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 ginecomastia y la cirugía profiláctica de mama, excepto los casos contemplados en el punto 3.10 del Artículo 3.
- 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 cardíacas, 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.
- 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.

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 el contrato 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.

La incorporación en el contrato de nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y nuevas tecnologías, se hará conforme a los principios de la medicina una vez que se haya demostrado su efectividad y seguridad y exista suficiente disponibilidad en los medios concertados. No estarán cubiertos por esta póliza los procedimientos asistenciales, consultas, medios diagnósticos o terapéuticos prescritos u ordenados por un facultativo mientras no estén incluidos en las prestaciones objeto de cobertura de este contrato.

2.1 LIBERTAD DE ELECCIÓN DE MÉDICOS

Los Asegurados podrán acudir libre y directamente a los profesionales de atención primaria y especialistas que formen parte del Cuadro Médico 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 enfermero/a entre los médicos que figuran en el Cuadro Médico del Asegurador.

2.2 VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria del médico de cabecera o enfermero/a se realizará previo aviso telefónico al facultativo dentro del horario establecido por este. **La visita domiciliaria se realizará únicamente en el domicilio que figura en el contrato.** 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

En el caso de disponer de coparticipación en el coste de la prestación, el Contratante o Asegurado abonará la cantidad correspondiente por cada acto médico utilizado por los Asegurados incluidos en el contrato, es decir, cada una de las prestaciones informadas y facturadas por los proveedores al Asegurador. El importe del copago o participación se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, el Asegurador facilitará periódicamente al Contratante del seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieran utilizado los Asegurados incluidos en el contrato, junto con el importe de los copagos correspondientes a los mismos.

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

El importe de los copagos 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 con la previa prescripción escrita de los facultativos del mismo para para hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, tratamientos

especiales, tratamientos de rehabilitación y fisioterapia, psicología y reproducción asistida, así como pruebas diagnósticas.

Documentación a presentar en caso de prestaciones que requieran autorización:

Para aquellas asistencias sanitarias que requieran autorización expresa de la Compañía, el Asegurado deberá facilitar, a su solicitud, el informe clínico en el que se hagan constar los antecedentes personales médico quirúrgicos, la fecha de inicio y el tiempo de evolución de la sintomatología y/o fecha de diagnóstico, pruebas y tratamientos realizados hasta la fecha.

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 contrato, o relacionada o preparatoria de una prestación no cubierta. Una vez otorgada la confirmación escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente con el facultativo prescriptor o realizador de la misma.

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 (72) 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 el contrato 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 tenga establecidos, cuyos datos figuran en el Cuadro Médico o en centros ajenos al Cuadro Médico.

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. **Podrá elegir entre los centros propios o concertados incluidos en el Cuadro Médico del Asegurador, o en centros ajenos al cuadro médico en la localidad del territorio nacional en la que se encuentre.**

Si fuese necesaria la asistencia fuera del territorio nacional, ver anexo de asistencia sanitaria en el extranjero.

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 a tal efecto. 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. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

El Asegurado, o cualquier persona en su nombre, deberán 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 atienda 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 del contrato 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 del contrato 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 del contrato.

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 la anualidad de la póliza.

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 la renovación.

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.

c) Porcentaje de reembolso: son los porcentajes máximos que el Asegurador reembolsará, los cuales están establecidos en las Condiciones Especiales de la Póliza.

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 11º y tendrán la cobertura especificada en el contrato.

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 ocho meses (8) de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la póliza como asegurado en los 15 días naturales siguientes a su nacimiento.

ARTÍCULO 7º - PERÍODOS EN LOS QUE TODAVIA NO SE PUEDE DISFRUTAR DE LA COBERTURA (CARENCIA)

Las prestaciones que precisarán haber cumplido los periodos de carencia previa para poder ser asumidas por el Asegurador, son:

Ocho (8) meses:

- Planificación familiar.
- Intervenciones quirúrgicas e ingresos, incluida la asistencia en partos. En el caso de parto prematuro, si la fecha probable de parto, llevado a término, hubiera cumplido el periodo de carencia estipulado se asumirá dicha prestación.
- Cuidados posparto.
- Tratamientos oncológicos, cardiovasculares, litotricia y diálisis.

Veinticuatro (24) meses:

- Reproducción asistida, (para ambos miembros de la pareja).

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

1. Las declaraciones sobre su estado de salud efectuadas por el Contratante y el Asegurado en el Cuestionario Solicitud del seguro, 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 Contratante del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que este tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Contratante 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 este 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 Contratante del seguro o Asegurado, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

b) 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 de Contrato de Seguro).

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

3. No obstante, la entidad Aseguradora se compromete a:

a) No anular 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.
- 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.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardiaca.

- Degeneración macular.

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:

- d) El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- e) Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Contratante.
- f) El Contratante no esté de acuerdo con las condiciones de Renovación.

4. El Contratante podrá finalizar el contrato cuando se varíe la lista de profesionales médicos correspondiente a su provincia en más de un 50% en los últimos 12 meses desde el inicio del contrato, 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 radiólogos.

5. Si el Contratante, al solicitar el seguro, hubiera declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos de los Asegurados, el Asegurador solo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor del contrato, excediera de los límites de admisión o políticas de suscripción 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 Contratante 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 fuese superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a reintegrar al Contratante el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 9º - DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro es anual renovable y se contrata por el periodo previsto en las Condiciones Particulares. A su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, además de lo establecido en el Artículo 7.3.c. de estas Condiciones, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a un mes a la fecha de la conclusión del periodo de seguro en curso si es el Contratante, y dos meses si es la Aseguradora. La notificación del Contratante deberá realizarse al Asegurador.

El Asegurador no podrá 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 el tratamiento.

Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

1. Por fallecimiento.
2. Si en el contrato están incluidos familiares que convivan con el Contratante 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 con el Asegurador 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 coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la prima.

ARTÍCULO 10º - PAGO DE PRIMAS

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

1. La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al Artículo 15º de la Ley de Contrato de Seguro, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Contratante, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva en base al contrato. **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 de finalización del contrato, y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis (6) meses siguientes a dicha fecha de finalización, 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 Contratante pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
3. El Asegurador solo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.
4. En las Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Contratante para el pago de los recibos de prima, aplicándose la siguiente norma: la prima se entenderá satisfecha a su finalización, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de treinta días (30) naturales, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Contratante del seguro o éste hubiera ordenado su devolución.

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

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

- a) Declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario al que este 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 a cuestionario o cuando, aun sometiéndole, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá finalizar el contrato mediante declaración dirigida al Contratante del seguro en el plazo de un mes (1), a contar desde la fecha en que este tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Contratante 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.

- b) Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este 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 Contratante del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación. 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 parciales sobrevenidas de Asegurados, que se produzcan durante la vigencia del contrato, tomando efecto, el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Contratante. Las bajas parciales sobrevenidas serán de aceptación en los siguientes casos: día en que se produzca el fallecimiento del Asegurado, el cambio de residencia fuera del territorio español, separación de la pareja o la emancipación de alguno de los Asegurados o en el caso del pago de un seguro a alguno de los Asegurados como beneficio social empresarial.
- e) Los hijos recién nacidos y los hijos recién adoptados podrán ser dados de alta como Asegurados, sin cuestionario de salud y sin carencias, en el contrato de los progenitores siempre que estos sean Asegurados de CASER **con una antigüedad mínima de ocho (8) meses**, y se solicite el alta en un plazo máximo de 15 días desde su nacimiento, en el caso de los recién nacidos, o desde su inscripción en el libro de familia, en el caso de los recién adoptados, mediante la correspondiente solicitud de seguro.

En caso contrario, la admisión del recién nacido o adoptado quedará sujeta al cumplimiento de las condiciones establecidas por el Asegurador, pudiendo ser de aplicación los periodos de carencia ordinarios, las exclusiones correspondientes, o la denegación del alta solicitada.

En todo caso, el Asegurador cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido o adoptado siempre y cuando esté dado de alta como Asegurado.

- 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 este de toda prestación derivada del siniestro.
 - g) Otorgar y facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el Artículo 82º de la Ley de Contrato de Seguro.
 - h) Las personas menores de edad, solo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de que la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela sea la Contratante, salvo pacto en contrario.
2. La tarjeta sanitaria, propiedad del Asegurador y que éste facilitará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Contratante del seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas.
- En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en el contrato, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.
- Asimismo, el Contratante del seguro y el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiera causado baja en el contrato.
- El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta Sanitaria.
3. El Contratante del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes (1) desde la entrega del contrato, que se subsanen las divergencias existentes entre este y la proposición de seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el Artículo 8º de la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 12º - OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de prestar la asistencia contratada, el Asegurador entregará el contrato al Contratante del seguro o, en su caso, el documento de cobertura provisional.

Asimismo, facilitará:

1. La tarjeta Sanitaria de los Asegurados correspondientes, documento personal e intransferible, que los acredita como tal para recibir la asistencia.
2. Cuadro Médico con la relación de profesionales, centros y servicios sanitarios concertados para prestar la asistencia (modalidad I) El Cuadro Médico podrá ser actualizado por el Asegurador obligándose éste a publicar la información actualizada en su web corporativa.

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 al copago o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere el punto 5. 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 copagos 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 utilización posterior a la perfección del contrato y que se incluyan en la cobertura garantizada, u otros hechos de similares características.

Las primas a satisfacer por el Contratante variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados 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 Contratante del seguro, al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas y/o copagos 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 en los plazos que fija la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 14º - COMUNICACIONES

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

ARTÍCULO 15º - PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se derivan del presente contrato, prescriben en el término de **cinco (5) 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.

GARANTÍA COMPLEMENTARIA AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

ANEXO I: COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

1. Objeto

Adicionalmente a la cobertura asistencial objeto del contrato, el Asegurador se compromete a proporcionar al Asegurado, con carácter ambulatorio, la asistencia médica odontológica comprendida en esta garantía complementaria, bien sea de manera gratuita o con los importes máximos (franquicias) estipulados en las garantías correspondientes.

La asistencia se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en el cuadro médico dental que se encuentre en vigor en el año en curso.

En el presente seguro no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de las prestaciones cubiertas en esta garantía.

2. Descripción de la cobertura

Esta garantía se refiere al conjunto de actos estomatológicos, tanto sin coste para el Asegurado, como los servicios establecidos con importes máximos (franquicias) válidos para el ejercicio en vigor, a los que el Asegurado podrá acceder.

La relación de servicios establecidos con importes máximos (franquicias) descritos para el presente ejercicio, podrá verse actualizada anualmente en base a las modificaciones de precio de los proveedores y/o si se estimase necesario. Las garantías e importes máximos podrán consultarse de manera actualizada en los medios digitales habilitados para ello.

3. 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) La asistencia derivada del consumo de alcohol, drogas de cualquier tipo, riñas (salvo en caso de legítima defensa), lesiones, autolesiones o intentos de suicidio.
- c) Cualquier otro servicio odontológico no incluido expresamente en las Condiciones del contrato en las que se describe la cobertura y servicios prestados.

4. Forma de prestar los servicios

Todos los servicios cubiertos en esta garantía complementaria son de libre acceso.

Al requerir la prestación de asistencia, el Asegurado debe presentar la Tarjeta Sanitaria, que el Asegurador le entregará al efecto. Cuando el profesional o centro que preste el servicio lo estime conveniente, podrán requerir también el Documento Nacional de Identidad a las personas obligadas a poseerlo.

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Médico concertado, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir.

A efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado las prestaciones cubiertas por esta garantía.

Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos se realizarán exclusivamente de forma ambulatoria, quedando por ello excluida la hospitalización y la anestesia general.

De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión y elección del mismo la tomará el Asegurado.

5. Estructura y funcionamiento del servicio

La Aseguradora pone a disposición de sus Asegurados una amplia relación de profesionales en estomatología, dotados de los más avanzados medios diagnósticos y de tratamiento, con cobertura nacional para la prestación del servicio, conforme a dos modalidades:

1. **Garantía asistencial:** prestaciones gratuitas a las que el Asegurado tiene acceso.
2. **Servicios con importes máximos:** servicios a cargo del Asegurado que podrá obtener con precios especiales. Estos servicios se identifican como **importes máximos** (franquicias) a disposición de los Asegurados para que puedan ser conocidos de forma previa a la solicitud de presupuestos.

6. Acceso a los servicios

- **Elección del profesional:** la selección y acceso al profesional es libre, dentro de los recogidos en el cuadro médico dental.
- **Acceso a la prestación del servicio:** para la utilización de los servicios odontológicos y la aplicación de los precios especiales (en su caso) es imprescindible la presentación de la Tarjeta Sanitaria que le identifica como asegurado.
- **Realización del diagnóstico y presupuesto:** el profesional sanitario, una vez realizado el diagnóstico oportuno, realizará un presupuesto respetando los precios máximos recomendados en vigor (en caso de servicios con coste asociado), que deberá ser aceptado por el Asegurado antes de iniciar el tratamiento.

- **Tratamiento:** para iniciar el tratamiento será imprescindible la aceptación del presupuesto por parte del Asegurado en aquellos tratamientos con coste asociado.
- **Abono tratamientos:** en aquellos tratamientos con coste asociado, el Asegurado abonará directamente al Profesional o Centro el importe correspondiente a las prestaciones realizadas.

GLOSARIO DE TÉRMINOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

ALVEOLOPLASTIA: técnica por medio de la cual se rellena, tras la extracción del diente, un alvéolo dentario con hidroxiapatita.

APICECTOMÍA: extirpación quirúrgica de la punta de la raíz de un diente a través del hueso y la encía.

APICOFORMACIÓN: procedimiento que estimula la formación de la raíz de los dientes en los niños.

BLANQUEAMIENTO: técnica que aclara el color de los dientes sumamente pigmentados.

BRACKETS: soporte o dispositivo ortodóncico que se fija a un diente con el fin de fijar un arco de alambre. Los braquets pueden ser metálicos, de zafiro, cerámicos o de plástico.

CARILLAS: superficie de resina o de porcelana colocada en la cara anterior de un diente o corona para darle un aspecto natural.

CIRUGÍA PERIODONTAL A COLGAJO: técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Esta técnica tiene por objetivos: eliminar las bolsas, regenerar y ganar inserción.

COMPOSITE: materiales de obturación del color de los dientes, elaborados a base de resina reforzada con partículas de sílice o de porcelana. Se utilizan en la odontología como una de las varias alternativas a las amalgamas dentales.

COMPOSTURA: reparación de un aparato dental dañado, que puede ser sencilla o precisar la soldadura del mismo.

CORDAL: tercer molar definitivo. Muela del juicio.

CORONA: cobertura artificial de un diente con metal, porcelana, o porcelana fundida sobre el metal. Las coronas cubren los dientes debilitados por la caries o severamente dañados y reconstruidos con pernos o postes.

ESCANER 3D: programa informático para tomógrafos computados que permite obtener imágenes de alta resolución de maxilar superior y mandíbula, y que, a partir de cortes en el plano axial, realiza reconstrucciones panorámicas y transversales.

ELEVACIÓN SENO MAXILAR: técnica quirúrgica que permite el aumento de hueso en la arcada superior, con el objetivo de obtener una base ósea adecuada en la que poder colocar implantes osteointegrados, en aquellos casos en que el espesor del hueso no lo permite.

ENDODONCIA: extirpación del nervio, vivo o muerto, de una pieza dental. La pieza puede tener una o varias raíces. Según el número de raíces de la pieza la endodoncia será unirradicular, birradicular o multirradicular.

ÉPULIS: pequeño tumor benigno, rojo violáceo, desarrollado a nivel del reborde alveolar de las encías a expensas del hueso o de las partes blandas.

ESQUELÉTICO: prótesis removible parcial en la que la estructura es metálica. Un esquelético presenta unos retenedores, una base de resina, unos conectores mayores y menores, y unas piezas dentarias. El número de piezas dentarias determina el tamaño del esquelético.

FENESTRACIÓN DE CANINOS: eliminación del hueso y la mucosa de alrededor de un diente incluido con el fin de liberar y visualizar la corona del diente, permitiendo al ortodoncista colocar un bracket y llevar este diente a la arcada.

FÉRULA: dispositivo de inmovilización dentaria, de material plástico o resina acrílica, que se utiliza en ortodoncia como estabilizador, como vehículo para llevar a la boca sustancias blanqueantes, en tratamientos periodontales, así como una herramienta que permite el descanso de dientes con movilidad y en tratamientos de patología de la articulación temporo-mandibular, para aliviar los síntomas de esta articulación y las consecuencias sobre las superficies masticatorias de los dientes provocadas por el apretamiento excesivo o por el roce entre los dientes superiores e inferiores (bruxismo).

FLUORIZACIÓN: procedimiento por el que aportamos flúor al organismo para prevenir la caries.

FRENILLO: pliegue de la membrana mucosa que conecta el labio superior o la lengua con la mucosa alveolar. (Puede ser labial o lingual).

GINGIVECTOMÍA: procedimiento quirúrgico por el que se extirpa el tejido gingival (encía) lesionado. Actualmente se emplea para el tratamiento de: hiperplasia (crecimiento) de la encía por medicamentos, fibrosis de la encía, bolsas supraóseas en lugares difíciles. También empleado para mejorar el acceso en técnicas restauradoras que invaden el espacio subgingival.

IMPLANTES DENTALES: pequeños dispositivos dentales que se insertan en los maxilares superior e inferior, para ayudar a rehabilitar una cavidad bucal que tiene pocos o ningún diente y que se pueda restaurar.

MANTENEDORES DE ESPACIO: dispositivos, fijos o removibles, encaminados a preservar el espacio que han dejado uno o varios dientes, hasta que se produzca la erupción del sucesor permanente.

MUÑÓN COLADO: elemento que permite rehabilitar una corona dental colocándolo sobre un implante osteointegrado o una raíz natural con endodoncia, por lo que se hace necesaria la colocación posterior de una corona artificial. Los muñones colados presentan una parte denominada perno para el implante y la raíz y otro muñón para la corona.

OBTURACIÓN: empaste dental.

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA: subdisciplina de la odontología que se ocupa de la prevención de trastornos de la cavidad bucal, así como de la conservación de dientes y tejidos gingivales sanos.

ORTODONCIA: especialidad dentro de la estomatología que incluye todas las técnicas encaminadas a mejorar los defectos de posición de los dientes del paciente, para conseguir una mejor función mecánica y una satisfactoria estética bucal.

ORTOPANTOMOGRAFÍA: radiografía panorámica dental. Radiografía de los maxilares que nos permite ver las estructuras óseas y dentales, así como realizar determinados diagnósticos de presunción.

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM): función dolorosa o defectuosa de la ATM. La ATM es la articulación que hace posible abrir y cerrar la boca. Es la articulación donde la mandíbula se articula con el hueso temporal del cráneo, delante del oído y en cada lado de la cabeza.

PERIODONCIA: rama de la odontología que se ocupa del diagnóstico, prevención y el tratamiento de las enfermedades periodontales (tejido que rodea al diente, que son las encías y el hueso). Cuando estos tejidos se infectan por falta de cuidado, se van destruyendo y dejan el diente casi sin sujeción (periodontitis o piorrea).

PERIODONTOGRAMA: medición de la movilidad dental.

PRÓTESIS: sustitución, por un elemento artificial, de una parte del cuerpo rehabilitando la función perdida.

PULPOTOMÍA: eliminación parcial del nervio, mediante la extirpación de la pulpa dentaria y posterior obturación de la pieza.

QUISTE: saco sin abertura o salida, tapizado por epitelio y suele contener líquido. El origen puede ser infeccioso o residual. La inmensa mayoría son benignos y siempre se debe realizar el estudio de anatomía patológica.

RADIOGRAFÍA INTRABUCAL: técnica exploratoria consistente en la colocación dentro de la boca de placas radiográficas, de diferente tamaño, que son impresionadas desde el exterior por un aparato de Rayos X.

RASPAJE Y ALISADO RADICULAR: tratamiento encaminado a remover y eliminar los cálculos y placas de las raíces de los dientes con instrumentos selectivos para cada diente.

RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES O ÁNGULOS CON PINS O PERNOS: reconstrucción de una pieza dentaria muy deteriorada, utilizando pernos o pins para refuerzo de la reparación.

REENDODONCIA: procedimiento por el cual se vuelve a realizar el tratamiento de conductos en un diente cuyo tratamiento endodóntico inicial no ha dado el resultado esperado.

SELLADO DE FISURAS: delgada película plástica que se pinta sobre las superficies de masticación de los dientes posteriores (molares y premolares), para prevenir la formación de caries.

TARTRECTOMÍA/LIMPIEZA: eliminación de la placa bacteriana y del sarro o cálculo dental.

TELERRADIOGRAFÍA: radiografía (del perfil craneomandibular del paciente) con la fuente de radiación alejada del sujeto y en la que los rayos del haz son paralelos. Se practica situando la placa fotográfica fuera de la boca y con el aparato de Rayos X, situado a más de dos metros del cráneo del paciente. Con ello se intenta conservar en lo posible, las dimensiones reales del mismo.

VESTIBULOPLASTIA: procedimiento quirúrgico dirigido a corregir la altura de los vestíbulos bucales (espacio situado entre el labio y la encía).

ANEXO II: COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

1. Objeto

El objeto de la presente cobertura es garantizar, a las personas designadas como Asegurados, la obtención de una Segunda Opinión Médica tal y como se define a continuación.

La 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 del contrato, y Beneficiarios de la misma de alta en el momento de la solicitud de la cobertura y durante todo el periodo que dure el mismo.

3. Descripción

Esta cobertura deberá ser solicitada durante el periodo de vigencia del presente contrato 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:
- 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 este 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 profesionales y centros concertados del Asegurador, se prestará un servicio de Administración de Gastos que consistirá en:
- Gestión de citas con médicos nacionales e internacionales fuera de la lista del Asegurador.
 - 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

La Segunda Opinión Médica podrá prestarse 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.

5. Otras condiciones

La prestación de los servicios recogidos en este contrato 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 a tal 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 ya descrita. **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 solo 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 **91 590 96 40**. El Asegurado deberá facilitar los datos identificativos que se le soliciten para acreditar su derecho a la prestación del servicio.

SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO

1. 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

2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de un mes 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 sus 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.

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse, personalmente o mediante representación acreditada, en cualquier oficina de la Entidad abierta al público o en la oficina del Servicio de Defensa del Asegurado, en la Avenida de Burgos 109, 28050 - Madrid, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan su lectura, impresión y conservación, en cuyo caso, deberá ajustarse a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

3. Denegada la admisión de las reclamaciones o quejas, o desestimada total o parcialmente su petición, o transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de su presentación ante el Servicio de Defensa del Asegurado, sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentar su reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº44, 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.
4. En todas las oficinas de CASER abiertas al público, y en la página web caser.es, nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación, así como el Reglamento del Servicio de Defensa al Asegurado de la entidad, que regula la actividad y el funcionamiento de este Servicio, y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones. Igualmente, desde esta página web, se podrá presentar la queja o reclamación.
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, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo, texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, Ley de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Ley de Resolución Alternativa de Litigios en Materia de Consumo, Orden ECC/2502/2012, que regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones entre otros, Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los servicios de atención al cliente de las entidades financieras, texto refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias).

