

SALUD +60

Contrato de Asistencia Sanitaria

Condiciones Generales

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

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

Domicilio Social: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

www.caser.es

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

Estado miembro: España

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 3º de la Ley 50/1980, 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 QUE VAMOS A UTILIZAR EN SU CONTRATO.. | 5 |
| ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO..... | 8 |
| ARTÍCULO 3º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA..... | 8 |
| 1. ESPECIALIDADES, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS..... | 8 |
| ARTÍCULO 4º - EXCLUSIONES..... | 10 |
| 1. ASISTENCIA SANITARIA..... | 10 |
| ARTÍCULO 5º - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS..... | 13 |
| 1. ORIENTACIÓN ASISTENCIAL..... | 13 |
| 2. LIBERTAD DE ELECCIÓN DE MÉDICOS..... | 13 |
| 3. VISITA DOMICILIARIA..... | 14 |
| 4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS (COPAGOS)..... | 14 |
| 5. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES..... | 14 |
| 6. URGENCIAS..... | 14 |
| 7. DESPLAZAMIENTOS TEMPORALES..... | 15 |
| 8. ASISTENCIA EN MEDIOS NO CONCERTADOS CON EL ASEGURADOR..... | 15 |
| 9. ACREDITACIÓN DE LOS ASEGURADOS..... | 15 |
| ARTÍCULO 6º - PERÍODOS EN LOS QUE TODAVÍA NO SE PUEDE DISFRUTAR DE LA COBERTURA (CARENCIA)..... | 15 |
| ARTÍCULO 7º - BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, FINALIZACIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO..... | 15 |
| ARTÍCULO 8º - DURACIÓN DEL SEGURO..... | 17 |
| ARTÍCULO 9º - PAGO DE PRIMAS..... | 17 |
| ARTÍCULO 10º - OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL CONTRATANTE DEL SEGURO O DEL ASEGURADO..... | 18 |

| | |
|---|----|
| ARTÍCULO 11º - OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR | 18 |
| ARTÍCULO 12º - ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DEL CONTRATO..... | 19 |
| ARTÍCULO 13º - COMUNICACIONES | 19 |
| ARTÍCULO 14º - PRESCRIPCIÓN | 19 |
| ARTÍCULO 15º - JURISDICCIÓN | 19 |
| GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA... | 20 |
| ANEXO I: COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA..... | 20 |
| ANEXO II: COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA | 24 |
| ANEXO III: COBERTURAS ADICIONALES +60..... | 26 |
| 1. AYUDA A DOMICILIO | 26 |
| 2. ORIENTACIÓN MÉDICA..... | 27 |
| 3. CHEQUEO DE SALUD ANUAL | 27 |
| SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO..... | 28 |

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 Seguro (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.

El Contratante del seguro, mediante la firma de la solicitud, las Condiciones Particulares o Especiales 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 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.

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.

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

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.

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.

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.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS HABITUALES: prueba prescrita por un médico del cuadro, durante el acto de la consulta, y para cuya realización no se necesite equipo de alta complejidad ni interpretación específica por un especialista.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE ALTA TECNOLOGÍA: prueba que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico y profesional especializado para la interpretación de los resultados por su complejidad. La infraestructura sanitaria donde es llevada a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para abordar cualquier complicación.

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.

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 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

Dentro de los límites y condiciones estipulados en el contrato y mediante el pago de la prima y copagos que en cada caso corresponda, el Asegurador se compromete a proporcionar al Asegurado, dentro del territorio nacional y con los profesionales concertados por el Asegurador en el momento de la prestación del servicio, la asistencia médica en consulta ambulatoria en diferentes especialidades, así como los medios de diagnóstico y actos terapéuticos, según la práctica médica habitual, en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de la cobertura del contrato.

Por tanto, no es objeto de cobertura la asistencia hospitalaria o intervenciones quirúrgicas.

Además, los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, con posterioridad a la fecha de inicio del presente contrato, podrán pasar a formar parte de las coberturas de este contrato siempre que sean seguros, eficaces y estén universalizados y consolidados en cada renovación de este contrato. El Asegurador comunicará explícitamente las técnicas o tratamientos que se incluirán entre las coberturas del contrato para el siguiente periodo.

El Asegurador no se responsabiliza de los gastos ni de los servicios originados en centros públicos o privados no concertados por él y que no estén incluidos en el Cuadro Médico que le corresponda, según la modalidad contratada, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

En todo caso el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las condiciones del contrato y en aplicación de lo dispuesto en el Artículo 103º de la Ley de Contrato de Seguro.

En el presente seguro no podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de asistencia sanitaria.

ARTÍCULO 3º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Incluye asistencia sanitaria en régimen ambulatorio, quedando cubiertas las especialidades, pruebas, tratamientos y otros servicios detallados en este contrato. **Para pruebas diagnósticas y tratamientos será necesaria la prescripción de un médico incluido en el Cuadro Médico del Asegurador.**

ESPECIALIDADES, PRUEBAS Y TRATAMIENTOS

1. Atención primaria:

- **Medicina de familia:** engloba la asistencia médica en consulta. Incluye consulta, revisiones, 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.
- **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, también incluye revisiones.

2. Urgencias:

- **Urgencia a domicilio:** servicio de urgencia de asistencia médica y enfermería a domicilio. Previa valoración del servicio de urgencias de Caser y solo en el domicilio indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que Caser disponga de servicios

domiciliarios concertados en la población de residencia del Asegurado y cuando la enfermedad impida a éste, acudir a la consulta del profesional concertado ó enfermería.

- **Urgencia ambulatoria:** asistencia sanitaria de carácter urgente en horario de atención de los centros ambulatorios, no hospitalarios, concertados por el Asegurador. La asistencia se prestará en aquellas poblaciones en las que Caser tenga concertada la prestación de dicho servicio y que figuren en el apartado correspondiente del cuadro médico, no quedando garantizada la prestación de urgencia 24 horas.

Quedan excluidas las urgencias en centros hospitalarios.

3. **Alergología.** Consultas, revisiones y pruebas en consulta. **Quedan excluidos los tratamientos de inmunoterapia y las vacunas.**
4. **Análisis clínicos.** Incluidas las determinaciones clínicas de hematología, bioquímica, inmunología, microbiología, hormonas. **Quedan excluidas las determinaciones genéticas.**
5. **Angiología y Cirugía Vascul.** Incluye consultas, revisiones y Eco Doppler.
6. **Aparato Digestivo.** Incluye consultas, revisiones y ecografía abdominal. **Queda excluido el Fibroscan.**
7. **Cardiología.** Incluye consultas, revisiones y las siguientes pruebas en consulta: ecocardiograma, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, y Holter (tensión arterial y arritmias).
8. **Cirugía General y del Aparato Digestivo.** Incluye consultas, revisiones y ecografía abdominal. **Queda excluido el Fibroscan.**
9. **Cirugía Maxilofacial.** Incluye consultas y revisiones.
10. **Dermatología médico-quirúrgica y venereología.** Incluye consultas, revisiones, pruebas en consulta. Además, tratamientos de crioterapia, electrocoagulación de lesiones superficiales, 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 nevus/lunares (**incluida una al año**).
11. **Endocrinología y Nutrición.** Incluye consultas, revisiones y ecografía.
12. **Geriatría.** Incluye consultas y revisiones.
13. **Hematología y Hemoterapia.** Incluye consultas y revisiones.
14. **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.**
15. **Medicina Interna.** Incluye consultas y revisiones.
16. **Nefrología.** Incluye consultas, revisiones y las siguientes pruebas: ecografía y Holter de tensión arterial.
17. **Neumología.** Incluye consultas, revisiones, y pruebas de función pulmonar en consulta.
18. **Neurocirugía.** Incluye consultas y revisiones.
19. **Neurofisiología Clínica.** Incluye las siguientes pruebas en consulta: potenciales evocados, electroencefalograma, y electromiograma.
20. **Neurología.** Incluye consultas, revisiones y las siguientes pruebas en consulta: potenciales evocados, electroencefalograma, electromiograma y Eco Doppler de tronco supraaortic.

21. **Ginecología.** Incluye consultas, revisiones y pruebas en consulta: mamografía, ecografía ginecológica y citología.
22. **Odontoestomatología.** 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 odontoestomatólogo del Cuadro Médico del Asegurador y todo ello realizado en consulta o gabinete odontoestomatológico. Adicionalmente, se incorpora un complemento dental con servicios a precios especiales, ver las condiciones en el Anexo I del presente documento.
23. **Oftalmología.** Incluye consultas, revisiones y pruebas diagnósticas en consulta.
24. **Oncología médica.** Incluye consultas y revisiones.
25. **Otorrinolaringología.** Incluye consultas, revisiones y las siguientes pruebas de diagnóstico en consulta: audiometría y fibroscopia.
26. **Oxigenoterapia, ventiloterapia, aerosolterapia.**
27. **Podología.** Incluye quiropodia, el tratamiento de uña encarnada y/o papiloma en consultorio de podología, **limitado a 6 sesiones al año.**
28. **Psicología clínica.** Incluye, hasta un **máximo de 15 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.
29. **Psiquiatría.** Incluye consultas y revisiones.
30. **Radiodiagnóstico:**
 - Radiología simple y especial (digestiva, urología y ginecología).
 - Ecografía y eco-doppler.
 - Densitometría ósea.
 - TAC.
 - Resonancia (RNM).

Los medios de contraste habituales y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura. **Queda excluida la radiología intervencionista, la colonoscopia virtual, el TAC coronario, la entero-resonancia, la artro-resonancia, la resonancia cardiaca, la colangio-resonancia y la angio-resonancia.**

31. **Rehabilitación y Fisioterapia.** Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y extrahospitalario, para el tratamiento de las afecciones del aparato locomotor no quirúrgico hasta lograr la mayor recuperación funcional posible.
32. **Reumatología.** Incluye consultas y revisiones.
33. **Tratamiento del dolor.** Incluye consultas, revisiones, y los siguientes tratamientos: infiltraciones y bloqueos realizados en consulta por unidades especializadas en estas técnicas, **quedando excluida la medicación.**
34. **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Incluye consultas y revisiones.
35. **Urología.** Incluye consultas, revisiones y las siguientes pruebas en consulta: ecografía urológica, estudios urodinámicos y flujometría. **Queda excluida la biopsia de fusión prostática.**

ARTÍCULO 4º - EXCLUSIONES

1. ASISTENCIA SANITARIA

- a) Los chequeos o exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo lo expresamente incluido en el contrato. 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.
- b) 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).
- c) La asistencia sanitaria derivada del consumo de alcohol, drogas de cualquier tipo o intoxicaciones por abuso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.
- d) 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.
- e) 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, equitación, espeleología, el boxeo, las artes marciales, la escalada, el rugby, práctica deportiva con vehículos a motor, quad, parapente, las actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, las actividades de navegación o en aguas bravas, el puenting, el barranquismo, el esquí, el snowboard, el surf y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa; así como la derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
- f) La asistencia sanitaria hospitalaria, tanto en régimen ambulatorio, como hospital de día ó ingreso, así como actos terapéuticos y quirúrgicos, salvo los casos expresamente indicados en el artículo 3º.
- g) Las urgencias hospitalarias.
- h) Las artroscopias, laparoscopias y biopsias quirúrgicas, endoscopias, los cateterismos, la hemodinámica vascular y la radiología intervencionista. Las prótesis de cualquier naturaleza, material de osteosíntesis, los materiales biológicos ó sintéticos, piezas anatómicas y ortopédicas.
- i) 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 28 del Artículo 3º.
- j) Los gastos por viaje y desplazamientos, así como ambulancias.
- k) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad, 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.

- l) Quedan expresamente excluidas las intervenciones quirúrgicas, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otro tipo de intervención cuyo fin sea el cambio de sexo o que tenga un carácter estético. Igualmente queda expresamente excluida cualquier patología, complicación o necesidad de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas especiales que estén directamente relacionadas o sean consecuencia de haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de naturaleza estética. Únicamente en estos casos se asumirán las pruebas necesarias para la revisión ginecológica.
- m) 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 contrato.
- n) Cualquier asistencia o tratamiento por razones de tipo social o familiar, los cuidados paliativos, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- o) 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.
- p) 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.
- q) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase. Quedan excluidos los medicamentos no comercializados en España. Asimismo, quedan excluidas las vacunas.
- r) Quedan excluidos todos aquellos 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.
- 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. Queda expresamente excluida la rehabilitación en ingresados.

- 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.
- v) 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 22 del Artículo 3º.
- w) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser.
- x) Los tratamientos de diálisis.
- y) Las medicinas alternativas, los tratamientos en asilos, residencias, balnearios y similares.
- z) Queda expresamente excluidos los tratamientos de ozonoterapia.
- aa) No estarán cubiertos los estudios o pruebas de diagnóstico relacionadas con la investigación o de carácter científico.

ARTÍCULO 5º - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia sanitaria cubierta por contrato se prestará en todas las poblaciones donde el Asegurador tenga centros sanitarios propios o 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 este contrato 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.

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. 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 de cabecera, responsable de la atención familiar. Cada Asegurado podrá elegir su médico de cabecera y enfermero/a entre los médicos que figuran en el Cuadro Médico del Asegurador.

3. 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.

4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS (COPAGOS)

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 12º.

5. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES

Con carácter general, para la asistencia será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador con la previa prescripción escrita de los profesionales concertados para tratamientos, tratamientos de rehabilitación y fisioterapia, psicología, así como para 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 el 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.

6. URGENCIAS

El servicio de urgencia ambulatoria deberá solicitarse por teléfono o acudiendo directamente a uno de los Centros de Urgencia ambulatorios que el Asegurador tenga establecidos, cuyos datos figuran en el Cuadro Médico.

7. 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, en la localidad del territorio nacional en la que se encuentre.**

8. ASISTENCIA EN MEDIOS NO CONCERTADOS CON EL ASEGURADOR

La asistencia en medios no concertados por el Asegurador no está cubierta por esta póliza. El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de centros y profesionales médicos ajenos a su Cuadro Médico concertado, ni de ningún tipo de coste o prestación realizada o prescrita por los mismos.

9. ACREDITACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Al solicitar los servicios asistenciales, el Asegurado deberá presentar la tarjeta sanitaria, 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.

ARTÍCULO 6º - PERÍODOS EN LOS QUE TODAVÍA NO SE PUEDE DISFRUTAR DE LA COBERTURA (CARENCIA)

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

- **Cinco (5) meses** para Pruebas diagnósticas de alta tecnología.

ARTÍCULO 7º - BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, FINALIZACIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

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

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

2. 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 cardíacas 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 cardíaca.
- Degeneración macular.

No todas las enfermedades con tratamiento en curso descritas anteriormente están necesariamente cubiertas por Contrato. Consulte el Condicionado General, Especial y Particular de su contrato.

- c) No ejercitar oposición a la prórroga del Contrato respecto de contratos de seguro cuyos asegurados sean mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la Aseguradora (sin impagos) alcance una antigüedad continuada de 5 o más años.

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

- a) El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
 - b) Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Contratante.
 - c) El Contratante no esté de acuerdo con las condiciones de renovación.
3. 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.
4. 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 8º - DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro es anual renovable y se contrata por el periodo previsto en las Condiciones Particulares.

No obstante, además de lo establecido en el Artículo 7.3. 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.

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 9º - 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.

El pago del importe de la prima efectuado por el Contratante del seguro al Agente mediador, no se entenderá como realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el Agente mediador entregará al Contratante del seguro el original del recibo de prima emitido por el Asegurador.

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.

ARTÍCULO 10º - OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL CONTRATANTE DEL SEGURO O DEL ASEGURADO

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

- a) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) Otorgar y facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el Artículo 82º de la Ley de Contrato de Seguro.
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 11º - 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. El Cuadro Médico podrá ser actualizado por el Asegurador obligándose éste a publicar la información actualizada en su web corporativa.

ARTÍCULO 12º - ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DEL CONTRATO

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 4. del Artículo 5º de estas Condiciones Generales.

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 el contrato, la incorporación de innovaciones tecnológicas, de aparición o 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 finalización al término de la anualidad en curso, mediante el correspondiente escrito dirigido al Asegurador en los plazos que fija la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 13º - COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones al Asegurador se realizarán en el domicilio, correo electrónico o teléfono que se señala el contrato.
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 14º - 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 15º - 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.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS 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 en los medios habilitados para ello

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 hidroxipatita.

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 dónde 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).

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

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.
- Enfermedades tropicales.

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.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS AL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

ANEXO III: COBERTURAS ADICIONALES +60

AYUDA A DOMICILIO

1. Objeto y descripción de la cobertura:

Los Asegurados de este Contrato de seguro tendrán derecho a un total de hasta 37 horas al año para las coberturas incluidas y detalladas posteriormente, siempre que el Asegurado haya estado o esté hospitalizado con pernocta por un periodo superior a 72 horas, disponga de baja médica o prescripción que certifique la necesidad de inmovilización por convalecencia por un periodo superior a 5 días en el domicilio.

Para el acceso a la presente garantía complementaria, el Asegurado deberá facilitar a los proveedores designados por el Asegurador informe o baja médica que certifique que se encuentra

en una situación asistencial.

A continuación, se detallan los servicios incluidos y las horas para cada uno de ellos:

- **Ayuda a domicilio:** un total de 30 horas al año por Asegurado para los servicios detallados a continuación, y que serán llevadas a cabo por auxiliares de ayuda a domicilio:

- **Cuidado físico y atención personal.** Este servicio incluye las siguientes tareas básicas: cuidado y atención personal consistente en el aseo e higiene, ayuda para acostarse y levantarse, control y seguimiento de alimentación, realización de compras y preparación de comidas.
- **Acompañamiento.** Para realización de gestiones, trámites administrativos, realización de compras y visitas.
- **Asistencia y vigilancia nocturna.** Vigilancia, atención personal y cuidados durante la noche.

- **Fisioterapia:** un total de 7 horas al año por parte de un fisioterapeuta general para el tratamiento de las patologías dolorosas, limitaciones y/o impotencias funcionales mediante medios físicos con objeto de conservar y mejorar la movilidad corporal para contribuir a aumentar la calidad de vida de la persona. Fisioterapia traumatología y reumatológica, deportiva, geriátrica, neurológica, respiratorias o drenaje linfático.

2. Características generales:

El servicio se prestará en cualquier lugar que el Asegurado lo necesite (hogar, hospital, ...) y en cualquier punto de la geografía española, siempre que lo permitan las circunstancias de la localidad, medios de transporte y otras características de la población.

El tiempo incurrido en la prestación que corresponda a un mismo siniestro será distribuido durante un periodo máximo de un mes, y el mínimo será de 2 horas consecutivas de servicio.

3. Acceso a las garantías complementarias:

Para la prestación del servicio el Asegurado se pondrá en contacto con los proveedores designados por el Asegurador a través de los medios habilitados para tal fin, desde donde se le solicitará al Asegurado su Número de Documento Nacional de Identidad para su identificación.

Una vez identificado, los proveedores designados por el Asegurador enviarán al Asegurado la siguiente documentación que deberá remitir con anterioridad al inicio del servicio:

- Ficha socio-sanitaria que recogerá los aspectos más relevantes del usuario (historial médico, medicación, alergias, familiares de contacto...), así como el lugar donde se prestará el servicio.
- Ficha de recomendación médica del servicio de vigilancia en domicilio 24 horas que detallará: el lugar de prestación, el perfil del servicio a prestar, así como la fecha deseada de inicio y de fin prevista. Deberá estar cumplimentada y sellada por un médico que acredite la necesidad del Servicio o Servicios.

ORIENTACIÓN MÉDICA

1. Objeto y descripción de la cobertura:

Los Asegurados de este Contrato tendrán acceso a la coordinación asistencial. Se trata de un servicio de orientación y coordinación médica para una derivación adecuada del paciente a especialistas y prescripción de pruebas y medicamentos.

2. Acceso al servicio:

El Asegurado deberá ponerse en contacto con el Asegurador en los medios habilitados para tal fin.

CHEQUEO ANUAL

1. Objeto y descripción de la cobertura:

Los Asegurados tendrán cubierto un chequeo anual preventivo que incluye: consulta, analítica general, electrocardiograma, consulta de resultados y orientación diagnóstica.

2. Acceso al servicio:

Para solicitar el servicio, el Asegurado deberá ponerse en contacto con el Asegurador en los medios habilitados para tal fin, a través del servicio de coordinación asistencial anteriormente expuesto.

El Asegurado será derivado a los centros médicos concertados determinados por el Asegurador.

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).