

Caser Salud Connect

Póliza 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

caser.es

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

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.....	3
PREGUNTAS FRECUENTES.....	4
CONDICIONES GENERALES.....	7
ARTÍCULO PRELIMINAR.....	7
ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES QUE VAMOS A USAR EN TU CONTRATO.....	7
ARTÍCULO 2º - ¿QUÉ FINALIDAD TIENE MI SEGURO?.....	9
ARTÍCULO 3º - ¿A QUÉ PUEDO ACCEDER CON MI SEGURO?.....	9
1. Atención primaria.....	9
2. Urgencia.....	9
3. Especialidades.....	9
4. Medios de diagnóstico.....	10
5. Otros servicios.....	10
6. Asistencia sanitaria urgente en el extranjero.....	11
ARTÍCULO 4º - ¿QUÉ NO CUBRE MI SEGURO?.....	11
ARTÍCULO 5º - ¿CÓMO SE PRESTA EL SERVICIO?.....	11
1. Orientación Asistencial.....	12
2. Libertad de elección de médicos.....	12
3. Participación del Asegurado en el coste de los servicios (prepago).....	12
4. Autorización de prestaciones.....	12
5. Asistencia en medios no concertados con el Asegurador.....	12
6. Acreditación de los Asegurados.....	12
ARTÍCULO 6º - ¿CUÁNTO DURA MI CONTRATO?.....	12
ARTÍCULO 7º - ¿CÓMO SE REALIZA EL PAGO DE LA PRIMA?.....	13
ARTÍCULO 8º - ¿QUÉ OBLIGACIONES Y DEBERES TENGO COMO ASEGURADO?.....	13
ARTÍCULO 9º - ¿QUÉ OTRAS OBLIGACIONES TIENE EL ASEGURADOR?.....	14
ARTÍCULO 10º - ¿CAMBIAN MIS CONDICIONES ECONÓMICAS DEL CONTRATO?.....	14
ARTÍCULO 11º - ¿CÓMO ME DIRIJO AL ASEGURADOR?.....	15
ARTÍCULO 12º - ¿PRESCRIBEN MIS DERECHOS EN EL CONTRATO?.....	15
ARTÍCULO 13º - JURISDICCIÓN.....	15

SERVICIO DE DEFENSA AL ASEGURADO

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué cubre mi seguro?

Este seguro cubre, sin coste adicional para el cliente, asistencia médica a través de Tele/Videoconsulta en Medicina General, además incluye chat con diferentes especialistas, consulta médica y pediátrica de urgencia vía telefónica 24/7 y consulta telemática urgente en el extranjero. Asimismo, el cliente podrá realizar una revisión bucodental completa que incluye, limpieza bucodental anual, radiografía panorámica y cheque dental exclusivo en Clínicas Dentales Caser.

Se trata de un seguro sanitario de asistencia digital y/o ambulatoria, **no estando incluida la asistencia en entorno hospitalario ni las intervenciones quirúrgicas ni urgencias presenciales.**

¿Qué otras ventajas y servicios incluyen?

Este seguro también permite acceder, con precios especiales y previo pago a su realización, a consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos médicos con diferentes especialistas de forma digital y/o presencial en Centro Médico Caser de telemedicina y en los Centros Médicos concertados.

¿Cuándo comienza la cobertura médica de mi seguro?

Desde el primer día, tras la contratación del producto y el alta en el Área de Clientes de Caser/App Caser Salud.

Si tengo una enfermedad preexistente ¿Puedo acceder a la cobertura médica?

Podrá acceder de forma digital y/o presencial a consultas, medios de diagnóstico y tratamientos médicos, siempre que estén detallados en este seguro y según las condiciones establecidas en él.

¿A qué especialidades, tengo acceso de forma digital y/o presencial?

Incluimos las especialidades más demandadas en cada momento, que se podrán consultar de manera actualizada en los medios digitales habilitados para tal fin. Entre otras, Medicina General, Pediatría, Enfermería, Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Dermatología, Estomatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Traumatología y Ortopedia, Urología, etc. Podrá acceder de forma digital y/o presencial dependiendo de la especialidad.

¿A qué medios de diagnóstico, tratamientos médicos tengo acceso de forma digital y/o presencial?

Podrá acceder a medios de diagnóstico, tratamientos médicos o servicios habituales relacionados con las especialidades garantizadas en el contrato y en las condiciones estipuladas. Puede consultarlos en Centro Médico Caser de telemedicina o en nuestra plataforma de servicios casermasbeneficios.es, accediendo a través de los medios digitales habilitados.

¿Tienen algún coste las prestaciones sanitarias o servicios a los que tengo acceso?

Sí, algunas de las prestaciones sanitarias cuentan con precios especiales, y el pago se lleva a cabo de forma previa a su realización. Estos importes, siempre los podrá consultar de manera actualizada en los medios digitales habilitados.

¿Qué debo hacer si necesito una consulta médica de Medicina General de forma digital?

En el caso de desear asistencia, debe acceder a Centro Médico Caser a través de los medios digitales habilitados, solicitar la cita médica y realizar la consulta en la fecha concertada.

¿Qué debo hacer si necesito una consulta médica con especialistas o un tratamiento?

En el caso de desear asistencia de forma digital, debe acceder a Centro Médico Caser a través de los medios digitales habilitados, solicitar la cita médica o tratamiento, realizar el pago, y llevar a cabo la consulta/tratamiento en la especialidad deseada en la fecha concertada

Si necesita acudir de manera presencial, debe acceder a la plataforma de servicios casermasbeneficios.es a través de los medios digitales habilitados, y adquirir, previo pago, la prestación sanitaria en cualquiera de los Centros disponibles para tal fin. Recuerde concertar cita en el centro médico elegido. El día que acuda a su cita, debe presentar tu tarjeta sanitaria física y/o digital, el justificante de prestación sanitaria recibido por correo electrónico y el código de autorización que te facilitaremos por sms o email. Dicha autorización podrá descargarla en los medios digitales habilitados.

¿Queda cubierto el servicio de urgencia?

Queda cubierta por vía telefónica las 24 horas del día, sin coste adicional, la consulta médica y pediátrica de urgencia. Se podrá consultar el teléfono a través de los medios digitales habilitados.

¿Si tengo una urgencia sanitaria y estoy fuera del país?

Dispone de un teléfono, 24 horas del día los 365 días del año, para que un profesional médico le preste consulta telemática ante una determinada situación urgente de salud, sin coste adicional.

¿Existe algún tipo de limitación en mi seguro?

Únicamente para Psicología, siendo el límite de 20 sesiones de forma digital por asegurado y año.

¿Para realizarme una prueba o tratamiento no incluido en la consulta del especialista es necesaria prescripción médica?

Sí, para todos los medios de diagnóstico o tratamientos será necesaria la previa prescripción médica de un especialista incluido en el Cuadro Médico específico de este seguro.

Posteriormente, si está disponible en la plataforma de servicios, casermasbeneficios.es solo debe adquirir la prestación sanitaria previo pago. Recuerda concertar una cita en el centro médico elegido para su realización.

El día que acuda a su cita, debe presentar su tarjeta sanitaria física y/o digital, el justificante de prestación sanitaria recibido por correo electrónico y el código de autorización que te facilitaremos por sms o email. Dicha autorización podrá descargarla en los medios digitales habilitados.

Para el resto de prestaciones sanitarias disponibles no será necesaria prescripción médica.

¿Necesito autorización para una consulta, medio diagnóstico o tratamiento médico?

De manera habitual no será necesario. Si va a acudir al médico de manera presencial, al realizar la compra de cualquier prestación sanitaria en la plataforma de servicios, casermasbeneficios.es, automáticamente se genera el proceso de autorización de la prestación. Con posterioridad, por sms o email recibirá el número de autorización que deberá presentar en el Centro Médico elegido el día de su cita y/o descargar el documento de autorización en los medios digitales habilitados. Además, deberá presentar la tarjeta sanitaria, la prescripción médica si fuera necesaria y el justificante del pago de la prestación sanitaria.

¿Qué debo presentar en el Centro Médico si acudo de forma presencial?

Su tarjeta sanitaria, el justificante de prestación sanitaria recibido por correo electrónico en el momento de su adquisición y el número de autorización recibido por sms o email. Dicha autorización podrá descargarla en los medios digitales habilitados.

Recuerda que para todos los medios de diagnóstico será necesaria la previa prescripción médica de un especialista incluido en Cuadro Médico específico de este producto.

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

ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES QUE VAMOS A USAR EN TU CONTRATO

A los 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.

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, 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 SANITARIA EN EL EXTRANJERO: conjunto de coberturas que vienen a dar solución de manera telemática a determinadas situaciones de salud 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 (consulta de urgencia) requiere del contacto previo del Asegurado con la Central de Asistencia, operativa las 24 horas del día todos los días del año.

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: 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, las

Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, así como los Suplementos que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

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

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

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.

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.

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: todos los actos realizados por un médico rehabilitador, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente.

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 físico y/o digital, 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.

PLATAFORMA DE SERVICIOS: *casermasbeneficios.es* Portal online, para la adquisición, previo pago, de consultas, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos, tratamientos y servicios, que el cliente realice de manera presencial a través de los profesionales concertados.

PREVIO PAGO: importe que el Contratante o Asegurado debe abonar por las prestaciones y/o servicios sanitarios antes de su realización.

ARTÍCULO 2º - ¿QUÉ FINALIDAD TIENE MI SEGURO?

Este seguro cubre, sin coste adicional para el cliente, asistencia médica a través de Tele/Videoconsulta en Medicina General, además incluye chat con diferentes especialistas, consulta médica y pediátrica de urgencia vía telefónica 24/7 y consulta telemática urgente en el extranjero. Asimismo, el cliente podrá realizar una revisión bucodental completa que incluye, limpieza bucodental anual, radiografía panorámica y cheque dental exclusivo para Clínicas Dentales Caser.

El seguro también le permite acceder con precios especiales, previo pago a su realización, a consultas y tratamientos médicos con diferentes especialistas de forma digital y acudir de manera presencial en los Centros Médicos concertados, a consultas con diferentes especialistas, medios de diagnóstico y tratamientos médicos.

Se trata de un seguro sanitario de asistencia digital y/o ambulatoria, **no estando incluida la asistencia en entorno hospitalario ni las intervenciones quirúrgicas ni urgencias presenciales.**

ARTÍCULO 3º - ¿A QUÉ PUEDO ACCEDER CON MI SEGURO?

A Las especialidades, prestaciones sanitarias y demás servicios que se detallan a continuación.

Las prestaciones y servicios que tengan coste, quedan indicadas en el Artículo 2º. La asistencia podrá ser prestada de manera digital y/o presencial.

1. ATENCIÓN PRIMARIA

Medicina General: asistencia médica básica y seguimiento de la salud del paciente.

Pediatría: asistencia médica, controles preventivos y de desarrollo infantil.

Enfermería: únicamente en consulta ambulatoria para curas e inyectables y siempre que haya sido prescrita por un médico.

2. URGENCIA

Queda cubierta, vía telefónica, la consulta médica y pediátrica de urgencia las 24 horas del día. Se podrá consultar el teléfono a través de los medios digitales habilitados.

3. ESPECIALIDADES

3.1. Alergología.

3.2. Aparato Digestivo.

3.3. Cardiología.

3.4. Dermatología.

3.5. Endocrinología y Nutrición.

3.6. Hematología y Hemoterapia.

3.7. Medicina Interna.

3.8. Nefrología.

3.9. Neumología.

3.10. Neurofisiología Clínica.

3.11. Neurología.

3.12. Ginecología.

3.13. Estomatología.

3.14. Oftalmología.

3.15. Otorrinolaringología.

3.16. **Psicología.** Incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, cuya finalidad sea el tratamiento de procesos susceptibles de intervención psicológica, **con un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad del seguro.**

3.17. Psiquiatría.

3.18. Podología.

3.19. Reumatología.

3.20. Traumatología y Ortopedia.

3.21. Urología.

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Podrá acceder a los medios de diagnóstico presencialmente relacionados con las especialidades disponibles en la plataforma de servicios previo pago a su realización y con los médicos del Cuadro Médico específico de este seguro.

Los medios de diagnóstico se realizarán por un médico especialista incluido en el Cuadro Médico específico, quedando **únicamente garantizados aquellos disponibles en la plataforma de servicios.** Podrán consultarse siempre de manera actualizada en dicha plataforma, tanto el Cuadro Médico como los medios de diagnóstico y sus importes.

Para todos los medios de diagnóstico, será necesaria la previa prescripción médica de un especialista incluido en el Cuadro Médico específico de este seguro.

5. OTROS SERVICIOS

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.

6. ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN EL EXTRANJERO

En caso de urgencia sanitaria durante la realización de un viaje al extranjero, el Asegurador pone a disposición de los Asegurados un teléfono disponible las 24 horas del día los 365 días del año, para que un profesional médico le preste consulta telemática de urgencia ante determinadas situaciones de salud.

En cuanto a la validez de esta garantía y para poder beneficiarse de esta prestación, se tienen que cumplir los siguientes supuestos: persona física residente en España, titular del contrato y/o beneficiario del mismo al que, durante el período de cobertura de la Póliza, le haya sucedido una enfermedad o accidente fuera del territorio español desde el momento de inicio del viaje hasta su finalización.

El viaje o desplazamiento no puede exceder de 90 días para que esta cobertura sea válida.

El Asegurador no será responsable de los retrasos o incumplimientos que sean debidos a causa de fuerza mayor.

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.

Asistencia sanitaria en el extranjero:

34 91 595 50 49

ARTÍCULO 4º - ¿QUÉ NO CUBRE MI SEGURO?

- a) La urgencia presencial, tanto a domicilio, como ambulatoria y/o hospitalaria.
- b) La asistencia hospitalaria: hospitalización de cualquier clase e intervenciones quirúrgicas.
- c) Los gastos por viaje y desplazamientos, así como el traslado en ambulancia.
- d) Los fármacos, los radiofármacos y medicamentos de cualquier clase, así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.
- e) 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.
- f) Las especialidades y las prestaciones o servicios no contemplados expresamente en las Condiciones Generales y/o Condiciones Particulares del contrato y las no disponibles en Centro Médico Caser y/o la plataforma de servicios.

ARTÍCULO 5º - ¿CÓMO SE PRESTA EL SERVICIO?

La asistencia sanitaria se prestará **de forma digital** a través de Centro Médico Caser de Telemedicina, con acceso desde los medios digitales habilitados.

Además, se presta asistencia médica de manera presencial por parte profesionales o en los centros del cuadro médico específico del producto que podrá consultar en la plataforma de servicios casermasbeneficios.es

Para enfermería y todos los medios de diagnóstico será necesaria la prescripción médica de un especialista incluido en el Cuadro Médico específico de este seguro.

1. ORIENTACIÓN ASISTENCIAL

El Asegurador dispone de un servicio telefónico de gestión y tramitación cuya finalidad es ayudar a los Asegurados para el acceso a los servicios garantizados, informando de los procedimientos a seguir.

2. LIBERTAD DE ELECCIÓN DE MÉDICOS

Los Asegurados podrán acceder a los profesionales médicos concertados por el Asegurador, que formen parte del Cuadro Médico específico de este producto.

3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS (PREVIO PAGO)

El Asegurado deberá abonar previamente las prestaciones sanitarias/servicios que tengan coste. Los importes se podrán consultar siempre, de manera actualizada, en los medios digitales habilitados.

4. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES

Asistencia digital: El acceso del Asegurado de forma digital podrá requerir autorización por parte del Asegurador para algunos tratamientos.

Asistencia presencial: Una vez realizada la compra de cualquier prestación sanitaria, automáticamente se genera el proceso de autorización de dicha prestación. Tras la tramitación de ésta por parte del Asegurador se enviará, vía sms o email al Contratante o Asegurado mayor de edad, un código que debe presentar junto con el justificante de prestación sanitaria generado por la plataforma de servicios, el día de la cita médica. El número de autorización también podrá ser consultado en los medios digitales habilitados.

5. 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 los profesionales ajenos a su lista de profesionales médicos detallados en el Cuadro Médico específico, ni de los gastos de las prestaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir.

6. ACREDITACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Para la realización de los servicios presenciales, el Asegurado deberá presentar la tarjeta sanitaria, la prescripción médica en los casos requeridos, el justificante de pago de la prestación sanitaria adquirida en la plataforma de servicios y el código numérico a efectos de autorización, facilitado por el Asegurador con posterioridad a la compra.

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 - ¿CUÁNTO DURA MI CONTRATO?

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, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a un mes (1) a la fecha de la conclusión del periodo de seguro en curso si es

el Contratante, y dos meses (2) si es la Aseguradora. La notificación del Contratante deberá realizarse al Asegurador.

Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue por fallecimiento.

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

ARTÍCULO 7º - ¿CÓMO SE REALIZA EL PAGO DE LA PRIMA?

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 8º - ¿QUÉ OBLIGACIONES Y DEBERES TENGO COMO ASEGURADO?

1. El Contratante del seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen la siguiente obligación; Comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, las altas y bajas parciales de Asegurados sobrevenidas, 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 aceptadas en casos de: fallecimiento del Asegurado, 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.

2. La tarjeta sanitaria propiedad del Asegurador, 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 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. El Asegurado o Contratante también puede solicitarla a través de la App Caser Salud o Área de Clientes de Caser.

Asimismo, el Contratante del seguro y el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiera causado baja del 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.
4. 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.

ARTÍCULO 9º - ¿QUÉ OTRAS OBLIGACIONES TIENE EL ASEGURADOR?

Además de prestar la asistencia contratada, el Asegurador facilitará el contrato al Contratante del seguro.

Asimismo, facilitará la tarjeta sanitaria de los Asegurados correspondientes, documento personal e intransferible, que los acredita como tales para recibir la asistencia.

ARTÍCULO 10º - ¿CAMBIAN MIS CONDICIONES ECONÓMICAS DEL CONTRATO?

El Asegurador podrá actualizar anualmente el importe de las primas, así como los importes correspondientes a los servicios prepago.

Estas actualizaciones de primas e importes prepago, 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 podrán variar 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 esta actualización de prima 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 11º - ¿CÓMO ME DIRIJO AL ASEGURADOR?

Las comunicaciones al Asegurador se realizarán por correo postal, correo electrónico o de manera telefónica, pudiendo ser consultadas estas vías de contacto en la página web caser.es

Las comunicaciones no esenciales y el 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 12º - ¿PRESCRIBEN MIS DERECHOS EN EL CONTRATO?

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 13º - 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.

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).