

NOTA INFORMATIVA PREVIA

SALUD +60

1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

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

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Salud +60.

3. TIPO DE SEGURO

Salud +60 es un seguro de asistencia sanitaria ambulatoria/extrahospitalaria dirigido a personas a partir de 60 años. Cubre la atención en medicina general y múltiples especialidades médicas, así como determinadas pruebas diagnósticas y tratamientos, a través de un amplio cuadro médico concertado a nivel nacional. Además, ofrece coberturas, servicios y cuidados específicos para el perfil senior. Sin cargos adicionales por asegurado y año en medicina digital y hasta el sexto servicio salvo, para pruebas de alta tecnología y podología.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

Sin cuestionario de salud.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

5.1. GARANTÍAS

COBERTURAS MÉDICAS PRINCIPALES

- **Medicina general y enfermería.**
- **Urgencias:** a domicilio y ambulatoria.
- **Especialidades médicas como:** Dermatología, Reumatología, Cardiología, Oncología, Oftalmología, Aparato Digestivo, etc.
- **Medios de diagnóstico como:** análisis clínicos, radiodiagnóstico, etc.
- **Tratamientos médicos como:** rehabilitación y fisioterapia, psicología, podología, logofoniatría, etc.

COBERTURAS MÉDICAS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- **Orientador médico.**

- **Chequeo de salud anual** (incluye consulta, analítica, electrocardiograma y revisión).
- **Cuidados a domicilio:** cuidado físico y atención personal, acompañamiento y asistencia, vigilancia nocturna y fisioterapia.
- **Asistencia médica 24 horas**, telemática.
- **Complemento bucodental.**
- **Segunda opinión médica** para enfermedades graves.

El detalle completo de las coberturas incluidas está a disposición de los asegurados en su contrato.

5.2. GARANTÍAS ACCESORIAS OPCIONALES

El producto Salud +60 no dispone de garantías opcionales con coste, pero la Compañía cuenta con un espacio de servicios de salud y bienestar (casermasbeneficios.com) con precios ventajosos.

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

6.1. EXCLUSIONES GENERALES

- 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 torero 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 del CCGG.
- 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 del CCGG.
- 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.

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

PERIODOS DE CARENCIA	COBERTURAS
Hasta los 5 meses	• Pruebas diagnósticas de alta tecnología.

Si el Asegurado procede de otra compañía con un producto de similares características y un mínimo de un año de antigüedad, se podrán suprimir los periodos de carencia. Para ello, deberá presentar el último recibo pagado de su póliza anterior y las Condiciones Particulares de la misma.

6.3. EDAD LÍMITE DE CONTRATACIÓN

Sin edad máxima de contratación.

7. FORMAS DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

PRIMA: el producto Salud +60, permite fraccionar el pago de la prima de forma mensual, trimestral, semestral o anual, sin ningún recargo en la prima por ello.

COPAGO: participación del Asegurado en el coste de los servicios.

De 0 a 5 SERVICIOS	0,00 €	Incluido en copago bonificado
Consultas, Video/Teleconsultas en Centro Médico Caser	0,00 €	x
Chequeo médico anual (consulta + analítica completa + electro + revisión)		x
ACTOS	IMPORTE	
Medicina primaria: medicina general	6,00 €	✓
Enfermería	5,00 €	✓
Especialistas	20,00 €	✓
Tratamientos de rehabilitación y fisioterapia (sesión)	8,00 €	✓
Medios de diagnóstico	16,00 €	✓
Medios de diagnóstico alta tecnología I	42,00 €	x
Medios de diagnóstico alta tecnología II	50,00 €	x
Psicología (sesión)	10,00 €	✓
Logofoniatría (sesión)	10,00 €	✓
Podología (sesión)	10,00 €	x
Actos terapéuticos	16,00 €	✓
Servicio a domicilio	20,00 €	✓
Urgencia no hospitalaria (domicilio y ambulatoria)	40,00 €	✓
Resto de servicio	16,00 €	✓

IMPORTE MÁXIMOS DEL COMPLEMENTO DENTAL: los importes máximos aplicables por los proveedores en los tratamientos bucodentales podrán ser consultados en los medios habilitados para ello.

CONDICIONES, PLAZOS Y FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PAGO

8.1. CUESTIONES GENERALES

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

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

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

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

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

Los pagos a satisfacer por el Contratante variarán en función del incremento anual de los costes médicos del sistema sanitario, así como la actualización de la edad de cada Asegurado, la variación del número de personas en el contrato, la vinculación como cliente, las condiciones promocionales (si las hubiese en su contratación), y la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de cada renovación.

Los precios estipulados netos mensuales para el producto Salud +60, podrán consultarse en cualquier momento y de manera actualizada los medios habilitados para ello.

8.4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

El seguro se contrata por el periodo previsto en las Condiciones Particulares. A su fecha de finalización, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a un mes de la fecha de la conclusión del periodo de seguro en curso si es el Contratante, y dos meses si es la Aseguradora.

En cualquier caso, la entidad Aseguradora se compromete a:

- a. No resolver el contrato cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar con dicho tratamiento.
- b. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en el contrato. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato las que se enumeran a continuación:

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

No todas están necesariamente cubiertas en el producto Salud +60. Consulte el Condicionado General, Especial y Particular de su contrato.

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

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

- a.** Se produjese impago del precio estipulado o negativa a aceptar su actualización por parte del Contratante.
- b.** El Contratante no esté de acuerdo con las condiciones de renovación.

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

8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN

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

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

El Asegurado dispone de libertad de elección del prestador del servicio entre los profesionales y centros que figuran en el cuadro médico ofertado, que siempre estará actualizado en los medios digitales habilitados para ello.

Asimismo, existen una serie de actos médicos que precisan la prescripción de un profesional del

cuadro. Estos se encuentran recogidos en el Condicionado General.

Igualmente, existen una serie de actos médicos que requieren autorización previa por parte de la Compañía, se muestran a continuación:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Ecografías.
- Radiología: **TAC, RMN, densitometrías.**
- Análisis clínicos: **helicobacter Pylori.**
- Cardiología: **ergometrías, Holter, Doppler.**
- Neurofisiología: **cualquier técnica.**
- Anatomía patológica.
- Dermatoscopia.

TRATAMIENTOS

- Rehabilitación: **fisioterapia, logopedia, psicología.**
- Oxigenoterapia.
- Tratamiento del dolor.

Este listado recoge alguna de las prestaciones que requieren autorización previa por parte de la compañía, pero no todas están necesariamente cubiertas en el producto Salud +60. Consulte el Condicionado General, Especial y Particular de su contrato.

Podrá solicitar sus autorizaciones a través del teléfono de Atención al Cliente y de forma online en los medios habilitados para ello.

9. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

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

10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

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

Si la resolución de la reclamación es desestimatoria o bien han transcurrido más de un mes sin obtener respuesta, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, organismo que actuará como entidad de resolución alternativa de litigios en materia de

consumo, de acuerdo con la Disposición Adicional Primera de la ley 7/2017, de 2 de noviembre. Para ello se facilita la dirección de la página web de la Dirección General de Seguros, www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/, donde el reclamante podrá informarse sobre el procedimiento, los requisitos y medios para presentar la reclamación o queja. Igualmente, podrá someterla a los juzgados y tribunales competentes.

11. LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN APLICABLES

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de Desarrollo.
- Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades Aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

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

12. RÉGIMEN FISCAL

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

Con carácter general en los Seguros para Particulares, las primas abonadas por el presente seguro no otorgan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna. No obstante, pueden existir casos especiales en algunas comunidades Autónomas. En el caso de que el Contratante fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, el límite máximo a considerar como gasto deducible de deducción es de 500 euros por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el Contratante. Este límite será de 1.500 euros por cada una de las personas anteriores con discapacidad.

Si el Contratante fuera una entidad mercantil sujeto pasivo del Impuesto sobre Sociedades y estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades).

Tanto si el empresario es persona física o jurídica, la prima no constituirá retribución del trabajo en especie del trabajador/a con los límites cuantitativos antes referidos por persona y ejercicio fiscal. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios no constituyen afluencia de renta para el beneficiario. Por este motivo, estas prestaciones no tributarán en el IRPF del beneficiario.