

NOTA INFORMATIVA PREVIA

CASER SALUD INTEGRAL

1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

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

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Caser Salud Integral.

3. TIPO DE SEGURO

Caser Salud Integral es un seguro de asistencia sanitaria completa, sin cargos adicionales hasta el décimo servicio (ver detalle en el punto 7). Cubre la atención ambulatoria y la hospitalización en las diferentes especialidades médicas a través de un amplio cuadro médico concertado a nivel nacional.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

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

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

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

5.1. GARANTÍAS

- **Medicina primaria:** medicina general, pediatría y enfermería.
- Atención especializada con profesionales médicos en **todas las especialidades y medios de diagnóstico.**
- **Todo tipo de hospitalización:** médica, quirúrgica, pediátrica, por maternidad, psiquiátrica y UVI.
- Atención y servicios permanentes de **urgencia.**
- **Tratamientos.**
- **Programa de preparación al parto.**
- **Test de cribado prenatal no invasivo.**
- **Prótesis internas fijas sin límite.**

- **Complemento bucodental.**
- **Cuidados posparto en el hogar.**
- **Planificación familiar** (incluye el coste del dispositivo DIU).
- **Diagnóstico de la infertilidad y reproducción asistida.**
- **Estudio biomecánico de la marcha** (menores de 16 años).
- **Dianas terapéuticas** para el tratamiento oncológico.
- **Dermatoscopia digital** para la detección precoz del melanoma.
- **Podología ilimitada.**
- **Psicología** (20 sesiones).
- **Segunda opinión médica** para enfermedades graves.
- **Asistencia sanitaria en el extranjero** (hasta 90 días y límite de 15.000€).
- **Ventaja de contratación para niños recién nacidos y adoptados** incluidos en el contrato de los padres.
- **Asistencia médica y pediátrica 24 horas, telefónica y online.**
- **Línea de atención psicoemocional.**
- **Habitación individual**, en caso de hospitalización, con cama para **acompañante**.

5.2. GARANTÍAS ACCESORIAS OPCIONALES

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

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

6.1. EXCLUSIONES GENERALES

- 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. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase fuera del régimen de hospitalización, así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.
- C. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
- D. La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- E. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tal como el submarinismo, la espeleología, el boxeo, las artes marciales, la escalada, rugby, carrera de vehículos a motor, quad, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa; así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
- F. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, accidentes y sus secuelas, defectos o deformidades congénitas o previas, diagnosticadas previamente a la fecha de inicio del alta de cada Asegurado en el contrato, así como la de aquellos signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología, o bien que hubieran precisado con anterioridad de estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole, salvo que dichas enfermedades, lesiones, accidentes, síntomas, defectos o deformaciones hayan sido

declaradas por el Contratante o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados en el contrato desde su nacimiento, conforme el punto 1. e) del Artículo 10º de las Condiciones Generales.

- G. Las medicinas alternativas, los tratamientos en asilos, residencias, balnearios y similares.
- H. Los chequeos o exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo lo expresamente incluido en el punto 3. Del Artículo 3º de las Condiciones Generales.
- I. Los tratamientos por esterilidad o infertilidad, (salvo lo expresamente incluido en el punto 3.28 del Artículo 3º de las Condiciones Generales), la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción y el tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.
- J. Quedan expresamente excluidas las intervenciones quirúrgicas, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otro tipo de intervención, que tenga un carácter puramente estético. Igualmente queda expresamente excluida cualquier patología o complicación que pudiera manifestarse en un momento posterior y que esté directa y principalmente causada por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de naturaleza puramente estética. Únicamente en estos casos se asumirán las pruebas necesarias para la revisión ginecológica.
- K. Lo relativo a la psicología, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test neuropsicológicos y psicométricos, la psicoterapia psicoanalítica así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos y curas de reposo y sueño, salvo lo indicado expresamente incluido en el punto 3.34 del Artículo 3º de las Condiciones Generales.
- L. Los trasplantes de órganos o tejidos de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea y el trasplante de córnea (el Asegurador no se hace cargo de la córnea a trasplantar).
- M. La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.) y cualquier tipo de tratamiento y asistencia sanitaria derivada de la hepatitis C, así como todas sus complicaciones.
- N. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- O. En la especialidad de odontoestomatología, quedan excluidas las obturaciones, endodoncias, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los incluidos en el punto 3.29 del Artículo 3º de las Condiciones Generales.
- P. Los tratamientos que tengan como finalidad recuperar la funcionalidad del área bucodental, como cirugía ortognática, preimplantología y preprotéticas.
- Q. La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refringente ocular. Así mismo se excluye la implantación de segmentos/anillos intracorneales. Queda expresamente excluido el crosslinking como tratamiento para el queratocono. Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en el punto 7. del Artículo 3º de las Condiciones Generales.
- R. Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8. del Artículo 3º de las Condiciones Generales. Así mismo, quedan excluidos los traslados requeridos, independiente de que el régimen sea ambulatorio o de ingreso, para cualquier consulta, pruebas diagnósticas y terapéuticas, tratamientos de rehabilitación, fisioterapia, logofoniatría, psicología, radioterapia, oncología, cirugía y todos los tratamientos especiales.

- S. Los tratamientos crónicos de diálisis.
- T. 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 ocupacional o así lo indique el especialista a cargo del tratamiento. Se excluye la terapia educativa. Queda excluida la rehabilitación de suelo pélvico y de los drenajes linfáticos salvo lo expresamente incluido en el Artículo 3º de las Condiciones Generales, así como la rehabilitación como consecuencia de una patología neurológica.
- U. Queda excluida cualquier prueba genética que tenga como finalidad la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la única excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis (salvo la técnica de hibridación in situ) y el cariotipo (salvo el cariotipo de restos abortivos), o las dianas terapéuticas descritas en el Artículo 3º de las Condiciones Generales. También queda expresamente excluido el consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos o de riesgo de tumores y la farmacogenética, con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico.
- V. Quedan excluidos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no estén contrastados científicamente, o aparición posterior a la firma del presente contrato no contemplados por el Asegurador. Procedimientos no universalizados o no consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado superados por otros disponibles, los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.
- W. Un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico se considera seguro y eficaz a efectos del presente contrato, cuando esté aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Un procedimiento se considera que está universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en centros hospitalarios públicos que no sean solo hospitales de referencia.
- X. Queda expresamente excluido cualquier medio de diagnóstico para los trastornos del sueño, salvo lo expresamente incluido en el punto 4. del artículo 3º de las Condiciones Generales.
- Y. Cirugía metabólica de la obesidad e implantación/colocación de bandas gástricas y balones intragástricos.
- Z. Queda excluida la cirugía robótica y la neuromonitorización para cualquier procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico, salvo lo indicado en el punto 3.26 de neurofisiología.
- AA. Quedan expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- BB. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, los materiales biológicos o sintéticos, los injertos (excepto injertos óseos), prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, las endoprótesis valvulares (pulmonar o aórticas) y dispositivo tipo METRACLIP o similares a través de catéter, en procedimientos percutáneos/transapicales, bombas implantables, prótesis de pene, testículo (excepto postcirugía oncológica), las lentes intraoculares multifocales, así como el desfibrilador automático implantable. Quedan excluidas las infiltraciones con factores de crecimiento autólogos (plasma rico en factores de crecimiento) y/o concentrados plaquetarios y componentes celulares.
- CC. Queda excluida la cirugía de la reducción de mamas.
- DD. Queda excluida la cirugía citoreductora y la de quimioterapia intraperitoneal.
- EE. Quedan excluidos los cuidados sociosanitarios y/o paliativo.

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

Cientes particulares y/o familiares:

PERIODOS DE CARENCIA	COBERTURAS
Hasta los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Planificación familiar Intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios (salvo casos de urgencia vital) Tratamientos oncológicos, cardiovasculares, diálisis y litotricia
Hasta los 10 meses	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia en partos Cuidados posparto en el hogar
Hasta los 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> Reproducción asistida

Autónomos y pymes:

PERIODOS DE CARENCIA	COBERTURAS
Hasta los 10 meses	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia en partos Cuidados posparto en el hogar
Hasta los 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> Reproducción asistida

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

6.3. EDAD LÍMITE DE CONTRATACIÓN

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

7. FORMAS DE COBRO DE LA PESTACIÓN

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

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

Cientes particulares y/o familiares:

COBERTURAS	COSTE
De 0 a 10 servicios	0,00 €
Medicina primaria: general, pediatría y enfermería	2,00 €
Logofoniatría	
Aerosolterapia, ventilación y oxigenoterapia	
Podología	
Tratamientos de rehabilitación y fisioterapia (sesión)	

Especialistas	4,00 €
Programa de preparación al parto	
Medios de diagnóstico habituales	
Psicología: adultos y pediatría	8,00 €
Medios de diagnóstico alta tecnología	10,00 €
Urgencia y urgencia a domicilio	
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas	
Reproducción asistida e inseminación artificial	
Cuidados posparto en el hogar	
Resto de los servicios	4,00 €

Autónomos y pymes:

Sin copago por uso de los servicios a través del cuadro médico concertado, **excepto 8 € por sesión y asegurado en psicología.**

IMPORTES MÁXIMOS DEL SUPLEMENTO DENTAL: los importes máximos aplicables por los proveedores en los tratamientos bucodentales. Siempre pueden ser consultados en nuestro espacio web: <https://bit.ly/2vmmj0>

8. CONDICIONES, PLAZOS Y FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PAGO

8.1. CUESTIONES GENERALES

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

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

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

En caso de modificación del precio estipulado, el Contratante del seguro recibirá una notificación de dicha actualización para la anualidad siguiente dos meses antes de la fecha de finalización del contrato, pudiendo optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o su finalización al 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 Caser Salud Integral, podrán consultarse en cualquier momento y de manera actualizada en nuestros espacios web. <https://bit.ly/2BPQ8g> (particulares y/o familiares) y <https://bit.ly/2XUGSWs> (Autónomos y pyme).

8.4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

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

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

En cualquier caso, la entidad Aseguradora se compromete a:

- a.** No resolver el contrato cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar con dicho tratamiento.
- b.** No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en el contrato. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato las que se enumeran a continuación:
 - . Procesos oncológicos activos.
 - . Insuficiencia renal aguda.
 - . Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
 - . Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
 - . Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardiaca.
 - . Degeneración macular.
 - . Enfermedades cardiacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
 - . Trasplante de órganos.
 - . Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
 - . Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- c.** No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan Asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad (sin impagos) alcance una antigüedad continuada de 5 o más años.

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

- a.** El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- b.** Se produjese impago del precio estipulado o negativa a aceptar su actualización por parte del Contratante.
- c.** El Contratante no esté de acuerdo con las condiciones de renovación.

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

8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN

En esta modalidad de seguro, el Asegurado tendrá derecho a la rehabilitación del contrato conforme establece la Ley de Contrato de Seguro. Si tratándose de la segunda y siguientes anualidades del

seguro se produjera el impago de la fecha de finalización del pago anual, y el contrato entrase en suspensión de garantías, la rehabilitación se produciría a las 24 horas del día en que se produjera el pago de la prima anual.

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

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

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

Igualmente, existen una serie de actos médicos que requieren autorización previa por parte de la Compañía, se muestran en la siguiente tabla:

HOSPITALIZACIÓN

- Ingresos
- Hospital de día
- Hospitalización domiciliaria
- Cirugía ambulatoria

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

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

TRATAMIENTOS

- Oncología: quimioterapia, radioterapia, trasplantes
- Fisioterapia, logopedia y psicología
- Oxigenoterapia domiciliaria
- Laserterapia oftalmológica
- Hemoterapia
- Radiología intervencionista
- Tratamiento del dolor
- Cirugía maxilofacial: extracción de cordales
- Litotricias extracorpóreas
- Traslados en ambulancia
- Reproducción asistida
- Cuidados posparto en el hogar

PRÓTESIS INTERNAS FIJAS

Podrá solicitar sus autorizaciones a través del teléfono gratuito 91 055 16 61 y de forma online en casero.es o App de Caser o en el Área privada de Clientes (casero.es/App de Caser).

9. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

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

10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) pone a

Coberturas sujetas al Condicionado General, Particular y Especial del contrato

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@casar.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 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.