



## SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta  Modificación

Mediado por: \_\_\_\_\_

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº	
_____	_____	_____._____._____	_____._____._____	_____	
PRODUCTO _____					
DATOS DEL TOMADOR	NIF/CIF <input type="checkbox"/> _____				
	Apellidos o Denominación _____ Nombre _____				
	Domicilio _____				
	Localidad _____			Código postal _____	
	Provincia _____		Teléfono _____	Fax _____	
DATOS DE COBRO	Forma de pago	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	
	Código Entidad _____	Oficina _____	D.C. _____	Cuenta _____	
	ENTIDAD / OFICINA _____				
¿Existe algún seguro precedente de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
En caso afirmativo, indicar compañía y número de póliza _____					
DATOS DE LOS ASEGURADOS	Domicilio familiar _____				
	Código postal _____		Localidad _____		
	Provincia _____				
	Teléfono _____				
	Apellidos y Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo (1)	EC (2)
					Parent. (3)
					DNI/NIF
					Carenc. (4)
	1º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRIMAS	PRIMER RECIBO		RECIBOS SUCESIVOS		
	Desde _____ Total recibo _____		Periodicidad _____ Total recibo _____		
	Hasta _____		_____		
	PRIMA ANUAL _____		RECIBO ANUAL _____ IMPUESTOS _____		

(1) V= Hombre, H= Mujer.  
 (3) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular.

(2) C= Casado, S= Soltero, V= Viudo, D= Divorciado, E= Separado  
 (4) No se aplica carencia si el Asegurado está incluido en una póliza de salud preexistente.

El solicitante del seguro declara haber contestado conforme a la verdad a las preguntas de esta solicitud. A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante (Asegurado en su caso) consiente a que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avda. de Burgos, 109, 28050 Madrid, donde el solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico. Asimismo, autoriza a que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora. Los datos que se recaben pueden ser cedidos a ficheros comunes a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

**El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el Artículo 107º del ROSSP. Asimismo, declara conocer y mostrar su conformidad con el contenido de las Condiciones Particulares, Generales y Especiales del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.**

Hecho y firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**EL MEDIADOR**

**EL SOLICITANTE**

1. ENTIDAD ASEGURADORA  
 2. MEDIADOR  
 3. CLIENTE

Inscrita en el R.M. de Madrid, tomo 2245, folio 179, hoja M-39662 - CIF: A 2801.3050

Mod. D0000054-C

## DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 50/80 DEL CONTRATO DE SEGURO, EL SOLICITANTE DECLARA:

- 1º. Que expresamente ratifica las declaraciones realizadas en este cuestionario y que, caso de ser aceptado el riesgo por Caser, éste formará parte integrante del contrato de seguro que se emita, siendo documento base para la aceptación y tarificación del riesgo por parte de Caser. La fecha de comienzo del seguro será la que en dicho contrato se fije.
- 2º. Que conoce y en este momento recibe las Condiciones Generales de la póliza.
- 3º. Que conoce y en este momento recibe las Condiciones Especiales de la póliza si solicita la modalidad de reembolso, en las que se detallan los límites cuantitativos que rigen esta modalidad.
- 4º. Que conoce y expresamente acepta las cláusulas limitativas de carencia, exclusiones y delimitaciones de la cobertura contenidas en los artículos y párrafos de las Condiciones Generales que a continuación se detallan:

## EXTRACTO DE CONDICIONES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y por las normas y disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, así como por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares del mismo.

### 1. OBJETO DEL SEGURO

**CASER SALUD INTEGRAL:** Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza y mediante el pago de la prima y franquicias que en cada caso corresponda, el Asegurador se compromete a proporcionar al Asegurado, dentro del territorio nacional, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de la cobertura de la póliza.

**CASER SALUD PRESTIGIO:** Este seguro de enfermedad es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de la lista de facultativos del Asegurador. El seguro ofrece la cobertura en dos modalidades complementarias:

- **MODALIDAD I - Prestación de asistencia sanitaria por medio de la lista de facultativos del Asegurador:** El Asegurador proporcionará la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda enfermedad o lesión comprendida en la descripción de la cobertura, siempre que el Asegurado utilice los recursos asistenciales de la Lista de facultativos del Asegurador.
- **MODALIDAD II - Prestación de asistencia sanitaria por medios ajenos (reembolso de gastos):** El Asegurador reembolsará los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado por la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en toda enfermedad o lesión comprendida en la descripción de los servicios, siempre que el Asegurado utilice recursos asistenciales ajenos a la lista de facultativos del Asegurador, tanto en España como en el extranjero. El reembolso de los gastos está sujeto a los importes máximos y franquicias que se especifican en las Condiciones Generales y/o Especiales.

### 2. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA (CASER SALUD INTEGRAL Y CASER SALUD PRESTIGIO)

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

**Medicina general/Médico de familia:** Asistencia en consulta o a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos.

**Pediatría:** Para niños hasta cumplir los 16 años de edad. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

**Servicio de ATS/DUE:** 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.

**Especialidades:** Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del médico del Asegurador), en las especialidades que a continuación se citan:

**Alergología: Las vacunas serán por cuenta del Asegurado.**

**Cirugía plástica y reparadora:** Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical sufrida por la Asegurada durante el período de vigencia de la póliza. Incluida la prótesis mamaria.

**Hematología y Hemoterapia:** Queda incluido el trasplante autólogo de médula ósea.

**Obstetricia y Ginecología.**

**Odonto-estomatología:** Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas, radiografías y limpieza de boca una vez al año, prescrita por un odonto-estomatólogo de la lista de facultativos del Asegurador.

**Psicología infantil:** Incluye 10 sesiones al año con especialista que figure en la lista de facultativos del Asegurador, para Asegurados menores de 16 años.

**Medios de diagnóstico.**

**Prótesis:** Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, prótesis de pene, escroto, expansores de piel y/o prótesis auditivas.

**Tratamientos especiales:**

Aerosolterapia-ventiloterapia: **En todos los casos, la medicación será por cuenta del Asegurado.**

Diálisis (Hemodiálisis y Diálisis peritoneal): Exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, **quedando excluidas expresamente las afecciones crónicas.**

Logofoniatría: **Exclusivamente como rehabilitación en intervenciones mayores de laringe**, hasta un máximo de 60 sesiones.

**Otros servicios:**

Ambulancias: El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al sanatorio o viceversa, y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico del Asegurador, salvo en caso de urgencia.

**Están excluidos en este servicio los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación y fisioterapia, diálisis y para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.**

Podología: Limitado a cinco sesiones anuales.

Preparación al parto.

### 3. RIESGOS EXCLUIDOS (CASER SALUD INTEGRAL Y CASER SALUD PRESTIGIO)

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, salvo la quimioterapia administrada en los centros concertados, 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 las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, troteo y encierro de reses bravas, así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.

f) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado en la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador 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 a la póliza desde su nacimiento, durante su primer año de vida, conforme al punto 1. e) del Artículo 11º, y dentro del límite establecido en las Condiciones Especiales.

g) Las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, así como los tratamientos en asilos residenciales, balearios y similares.

h) Los chequeos o exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo lo expresamente incluido en el punto 3 del Artículo 3º.

i) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad (salvo lo expresamente incluido en el punto 3.30 del Artículo 3º), la interrupción voluntaria del embarazo (incluidos los supuestos legalmente establecidos), así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción y el tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.

j) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos. No pudiendo alegarse las razones puramente psicológicas del Asegurado si no existiera defecto funcional de la parte del cuerpo afectada.

k) Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia y curas de reposo y sueño, salvo lo expresamente incluido en el punto 3.36 del Artículo 3º.

l) Los trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea.

m) La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

n) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliar o ambulatoria.

o) En la especialidad de odonto-estomatología, 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 3.31 del Artículo 3º.

p) La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.

q) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en el punto 7 del Artículo 3º.

r) Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8 del Artículo 3º.

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, incluido dentro de la lista de facultativos, a cargo del tratamiento. Se excluye la terapia educativa.

u) Quedan expresamente excluidos de la cobertura del seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos y las necesarias en la especialidad de hematología.

v) Las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.

Hecho y firmado en ....., a ..... de ..... de .....

**EL SOLICITANTE**