

Condiciones Generales

Asisa Internacional Integral
(120.000)



ÍNDICE

CLAUSULA PRELIMINAR.....	5
DEFINICIONES	5
CONDICIONES.....	7
Primera: Objeto y límite del seguro.....	7
Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas.....	8
Tercera: Prestaciones excluidas.....	19
Cuarta: Utilización de los servicios	21
Quinta: Duración del contrato de seguro	23
Sexta: Pago y actualización de primas/copagos.....	24
Séptima: Obligaciones y deberes del tomador y/o asegurado.....	26
Octava: Facultades del tomador y/o asegurado.....	27
Novena: Facultades del asegurador.....	27
Décima: Pérdida de derecho, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo	28
Decimoprimera: Comunicaciones.....	28
Decimosegunda: Reclamaciones y prescripción.....	29
Decimotercera: Ámbito del seguro.....	29
Decimocuarta: Protección de datos de carácter personal.....	29
Decimoquinta: Exoneración de responsabilidad.....	33
ANEXO I.....	34
ANEXO II.....	35
ANEXO III.....	37
ANEXO IV.....	39
NORMAS DE CONTRATACIÓN	61

CONDICIONES GENERALES ASISA INTERNACIONAL INTEGRAL

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la siguiente normativa: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de los servicios financieros destinados a los consumidores y demás legislación española aplicable.

Forma parte integrante del contrato la siguiente documentación: Solicitud de Seguro, Cuestionario de Salud, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales (en su caso), así como sus Anexos, Apéndices y Suplementos. **Serán de aplicación las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que hayan sido expresamente aceptadas por el Tomador.** No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y la supervisión de la actividad aseguradora de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Asegurado: La persona física sobre la cual se establece el seguro.

Asegurador: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que asume el riesgo contractualmente pactado. Asimismo, en este documento se podrá hacer referencia al Asegurador como la Entidad.

Contrato de Seguro (Póliza): Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante del mismo: Solicitud de Seguro; Cuestionario de Salud; Condiciones Generales; Condiciones Particulares, que individualizan o concretan el riesgo que se asegura; Condiciones Especiales (en su caso); Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan para complementarlo o modificarlo.

Copago: Es la participación del Asegurado en el Coste de los Servicios o Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador para colaborar en el coste económico de cada servicio sanitario utilizado por el Asegurado. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios o actos sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada en cada renovación anual del contrato, previa comunicación por parte de la Entidad.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados, incluidos los servicios de urgencia, publicada por la Entidad para cada provincia, con su respectiva información, que la Entidad pone a disposición del asegurado, a través de las oficinas de sus Delegaciones, en www.asisa.es y en la App de Asisa. El tomador y los asegurados quedan informados, y asumen, que los profesionales y los centros sanitarios que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia.

La información relativa a los proveedores sanitarios que figuran en el Cuadro Médico puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la prestación de los servicios, se confirme que el profesional o centro sanitario están concertados para ello por ASISA y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad a través de los diferentes canales de información disponibles.

Cuestionario de Salud: Declaración que debe realizar, de forma veraz y completa, el Tomador o Asegurado antes de la formalización del contrato de seguro y que permite a ASISA efectuar la valoración del riesgo a asegurar. En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada en dicho documento, la Entidad queda facultada para rescindir el contrato, cualquiera que sea el momento de vigencia en el que se encuentre, quedando liberada del pago de la prestación, aún en el caso de que hubiese facilitado autorización para la prestación.

Dolencia/Enfermedad previa o preexistente: Circunstancia relativa al estado o condición de la salud padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) al contrato, no necesariamente patológica.

Dolo: Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

Domicilio del Tomador del seguro y del Asegurado: El que figure identificado en las Condiciones Particulares.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria.

Hospital: Establecimiento destinado a la atención y asistencia continuadas a enfermos y lesionados por medio de personal médico y de enfermería, 24 horas al día, y que dispone de los medios materiales adecuados para ello.

Hospital de Día: Unidad hospitalaria para procedimientos médicos y quirúrgicos, con o sin anestesia, y con permanencia registrada del paciente por un periodo inferior a 24 horas.

Hospitalización: La permanencia de un asegurado en un Hospital, según la definición anterior, durante un mínimo de 24 horas.

Indisputabilidad del contrato: Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su fecha de inicio de vigencia o desde la fecha de inclusión de un nuevo asegurado, por el cual la Entidad asume la cobertura de toda dolencia previa, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el Cuestionario de Salud.

Periodo de Carencia: Periodo de tiempo durante el cual, no se cubren algunas de las

prestaciones establecidas en la cobertura del contrato. Los Periodos de Carencia establecidos se computan desde la fecha de inicio del contrato o desde la fecha de alta del asegurado.

Periodo de Seguro: Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de inicio del contrato de seguro y la de su finalización (vencimiento), o el que transcurra entre cada prórroga.

Prestación: Consiste en la cobertura de la asistencia derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima: Es el precio del Seguro. El recibo de la Prima contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Siniestro: Hecho previsto en el contrato que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación del Asegurador de proporcionar al Asegurado la asistencia con el alcance establecido en el mismo.

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que se entrega a cada asegurado y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por el contrato de seguro.

Tomador del Seguro (Contratante): Es la Persona, física o jurídica que, conjuntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Urgencia: Aplicado a la asistencia sanitaria, es toda aquella atención cuya inmediatez sea imprescindible para evitar consecuencias graves o muy graves para el asegurado.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO

El presente es un contrato de seguro de enfermedad en la modalidad de asistencia sanitaria a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad. Además, se incluye asistencia en el extranjero por motivo profesional (laboral o estudios) con arreglo a lo previsto en el Anexo IV.

Por tanto, dentro de los límites y condiciones estipulados en el contrato, y previa firma de éste y del pago de la Prima, la aseguradora pondrá a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, una amplia oferta de profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia sanitaria en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de este seguro, **siempre que se trate de medios o técnicas reconocidas por la práctica médica habitual en el momento de suscribir el presente contrato.**

La Entidad se reserva la posibilidad de incorporar al contrato y repercutir en la prima o precio del seguro, tanto técnicas de tratamiento, medios de diagnóstico ya existentes en el momento de la contratación y/ o cubiertos en el mismo, así como las nuevas que puedan surgir en la práctica médica, previa comunicación al tomador o

contratante en cada renovación del contrato. **En consecuencia, no podrán considerarse incluidas en la cobertura del presente contrato de seguro aquellas prestaciones, cuya incorporación no haya sido expresamente comunicada por la Entidad.**

La Entidad se hará cargo directamente, siempre que se cumplan las previsiones de este contrato, del coste de la asistencia que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios concertados presten al asegurado, quien deberá utilizar el medio de identificación/pago que la Entidad le indique. **En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria comprendida en el contrato.**

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del contrato.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

Para acceder a las prestaciones aseguradas en virtud del presente contrato de seguro de asistencia sanitaria, la Entidad pone a disposición del Asegurado un Cuadro Médico organizado por provincias en el que figuran los Servicios de Urgencia, la relación de médicos de las diferentes especialidades, Enfermería, otros profesionales de la Sanidad y Centros Sanitarios concertados, en el ámbito de la respectiva provincia.

1.- Servicio de Urgencia

ASISA dispone de un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias para toda España, operativo las 24 horas del día, todos los días del año, a través del teléfono gratuito 900 900 118, donde se ofrece un servicio integral para la atención de urgencias, y a través del que puede requerirse asistencia urgente e información sobre urgencias y emergencias en todo el territorio nacional (consultas médicas telefónicas; visitas médicas, pediátricas y de enfermería a domicilio en capitales de provincia y grandes municipios; ambulancias urgentes e información sobre urgencias y hospitales concertados).

Por otro lado, en cada capital de provincia y en otros grandes municipios, la Entidad pone a disposición del asegurado un servicio de urgencia domiciliaria las veinticuatro horas del día, así como un servicio permanente de urgencias hospitalarias en centros concertados.

En el Cuadro Médico que se pone a disposición del Asegurado a través de diferentes medios (Delegaciones Provinciales, web de ASISA (www.asisa.es), app en dispositivo móvil, y demás canales de información disponibles), figuran los números de teléfono donde se debe requerir cualquier servicio y los centros donde debe acudir en caso de urgencia.

2.- Medicina Primaria: Medicina General o de Familia, Pediatría, Enfermería.

2.1.- Medicina General y Familiar.

Comprende la asistencia médica en consulta, a petición y programada, así como la indicación o prescripción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos básicos (analítica y radiología general).

La asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del asegurado (siempre que sea posible), cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo, **en aquellos pacientes que por razón de su patología no puedan desplazarse.**

2.2.- Pediatría

Comprende la asistencia médica en consulta, a petición y programada, para niños hasta los 14 años de edad, inclusive, así como la indicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos básicos (analítica y radiología general).

La asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado (siempre que sea posible), cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo, **en aquellos pacientes que por razón de su patología no puedan desplazarse.**

Los recién nacidos tendrán derecho a esta asistencia médica, en consulta o a domicilio, con cargo al contrato de seguro de la madre asegurada, **como máximo, durante los 30 primeros días de vida.** Para continuidad en la asistencia deberán ser Asegurados en la Entidad dentro del expresado periodo.

2.3.- Enfermería

Este servicio se prestará en consultorio o en el propio domicilio del asegurado (siempre que sea posible), si este lo precisara, **cuando por razón de su patología no pueda desplazarse.** En cualquier caso, se requiere prescripción previa del médico de la Lista de facultativos de ASISA que esté tratando al paciente, con indicación del tratamiento y duración del mismo.

3.- Medicina Especializada

Consulta de especialidades médicas: el Asegurado puede elegir libremente el Médico especialista, de entre los que figuran en el Cuadro Médico, de las siguientes especialidades:

- Alergología
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vascular
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología

- Geriatría
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Reumatología
- Urología

Cuando la Entidad no disponga de profesionales de una especialidad en una determinada provincia, el Asegurado podrá hacer uso de este servicio a través del Cuadro Médico de la Entidad en cualquier otra provincia en que exista dicha especialidad, **asumiendo a su cargo los gastos de desplazamiento.**

4.- Medios de Diagnóstico

Todos los medios de diagnóstico requieren siempre previa prescripción escrita de un médico especialista en la materia del Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad. Igualmente deben ser realizados en todo caso por facultativo o centro concertado de ASISA para el caso concreto.

En aquellos servicios marcados con un asterisco (*) en este apartado, se requiere, además, autorización previa y expresa por parte de la Entidad y se establece un período de carencia de 6 meses.

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

Análisis clínicos: Hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, citología y cariotipos (*).

Estudios Genéticos (*): exclusivamente cuando su finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad, de acuerdo con los protocolos y guías clínicas correspondientes en pacientes afectos y que manifiesten signos o síntomas de la misma.

Se incluyen, además, los estudios genéticos para identificación de las dianas terapéuticas en procesos neoplásicos (*), **cuya determinación sea exigida en la ficha**

técnica del medicamento antitumoral elaborada por la autoridad sanitaria correspondiente.

También son de cobertura las plataformas genómicas para cáncer de mama Oncotype® y MammaPrint® (*), **siempre que respondan a las recomendaciones establecidas para cada una de ellas. Se requiere prescripción e informe por especialista en Oncología Médica del Cuadro Médico de ASISA, en el que conste la plataforma solicitada (únicamente Oncotype® o MammaPrint®) y autorización previa y expresa por parte de la Entidad.**

También está incluido el estudio prenatal del ADN fetal en sangre materna (*), **exclusivamente para la detección de aneuploidías fetales de los cromosomas, 13, 18 y 21 y de anomalías de los cromosomas sexuales, cuando esté indicado según los índices de riesgo establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.**

No son de cobertura los estudios genéticos para identificación de portadores, estudios presintomáticos o para consejo genético, estudios familiares, genealógicos o de filiación o identificación, ni los estudios para diagnóstico genético prenatal (excepto el ADN fetal en sangre materna en las condiciones señaladas anteriormente) o para diagnóstico genético preimplantacional.

Los estudios genéticos que son de cobertura por el presente contrato requieren siempre prescripción e informe por médico especialista en la materia del Cuadro Médico de ASISA, así como autorización previa y expresa por parte de la Entidad, estableciéndose en todos los casos, además, un período de carencia de 6 meses.

Anatomía Patológica. Se incluyen los estudios anatomopatológicos generales (biopsias, citologías y estudios inmunohistoquímicos), así como aquellos estudios genéticos (moleculares) (*) imprescindibles para el diagnóstico de determinadas enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos y para identificación de dianas terapéuticas, **en las condiciones y con los límites y exclusiones que se detallan en el apartado de Estudios Genéticos. No son de cobertura las necropsias o autopsias.**

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, radiología vascular o intervencionista diagnóstica (*), ecografía, Doppler, elastografía hepática, mamografía, T.C. o T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) (*),

R.M.N. (Resonancia Magnética) (*), densitometría ósea, estudios gammagráficos (*), SPECT (*) y SPECT-TC (*), P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) =PET, PET-TC= (*) **(exclusivamente para aquellas patologías oncológicas en las que está aprobado el marcador FDG por la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios, de acuerdo con la ficha técnica del mismo, incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales) (*). No es de cobertura la PET-RM.**

Aparato Circulatorio: Electro y Fonocardiograma. Ecocardiograma, Doppler, Cateeterismo (*), Holter (E.C.G. y T.A.; **no son de cobertura los Holter implantables**), Ergometría, Estudios Electrofisiológicos Cardiacos (*).

Aparato Digestivo: Endoscopia, exploraciones mediante cápsula endoscópica **(únicamente para el diagnóstico de la hemorragia digestiva o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto) (*).**

NeurofisiologíaClínica:Electroencefalograma, Ecoencefalograma, Electronistagmografía, Electromiografía, Electrorretinografía, Medida de la velocidad de con-

ducción nerviosa. Estudio polisomnográfico **para síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS), patología respiratoria y enfermedades neuromusculares, narcolepsia y otras hipersomnias y crisis comiciales o epilepsia (*)**.

Obstetricia y Ginecología: Laparoscopia Diagnóstica (*), Histeroscopia Diagnóstica (*), Ecografía, Monitorización fetal, Amniocentesis (*), Cariotipos (*). Control del embarazo incluyendo triple screening, así como el cribado prenatal no invasivo mediante estudio prenatal del ADN fetal en sangre materna, **exclusivamente para la detección de aneuploidías fetales de los cromosomas, 13, 18 y 21 y de anomalías de los cromosomas sexuales cuando esté indicado según los índices de riesgo establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (*)**.

Oftalmología: Retinografía, Angiofluoresceingrafía, OCT (Tomografía de coherencia óptica), Campimetría, Ecografía.

Otorrinolaringología: Laringoscopia directa e indirecta, pruebas diagnósticas de patología vestibular (electronistagmografía, vídeo-nistagmografía) (*), potenciales evocados auditivos y otoemisiones acústicas.

Urología: Uretrocistoscopia, Cistoscopia, Ureteroscopia, Flujiometría, Estudios Urodinámicos.

5.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)

Todas las técnicas especiales de tratamiento requieren siempre previa prescripción escrita de un médico especialista en la materia del Cuadro Médico/Lista de Facultativos de ASISA. **Igualmente deben ser realizadas siempre por facultativo o centro concertado de ASISA para el caso concreto.**

Además, en todos los casos se requiere autorización previa expresa por la Entidad y se establece un periodo de carencia de 6 meses.

Estos servicios comprenden:

Aerosoles, Ventiloterapia y Oxigenoterapia a domicilio mediante una sola fuente de oxígeno (la medicación será por cuenta del Asegurado). Se incluyen los tratamientos domiciliarios mediante CPAP o BIPAP (dispositivos mecánicos generadores de presión positiva en vías aéreas superiores) **para el Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño, así como para la insuficiencia Respiratoria y para la EPOC.** Se incluye también la polisomnografía de titulación para ajustar el dispositivo.

Aparato Circulatorio.- Cateterismo cardiaco con o sin angioplastia; estudio electrofisiológico cardiaco terapéutico (ablación conducción AV, vías accesorias o taquicardias ventriculares). **No es de cobertura la ablación o aislamiento de venas pulmonares.**

Láser Quirúrgico.- Para Otorrinolaringología, Ginecología, Proctología (para Hemorroides, fístulas y fisuras anales y perianales, condilomas y pólipos rectales) y Oftalmología (fotocoagulación en patologías retinianas) y láser en tratamiento de Glaucoma), broncoscopia terapéutica con láser y litofragmentación con láser por ureteroscopia. Se incluye el láser verde (KTP y HPS), de diodo, holmio o tulio para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. También es de cobertura el tratamiento endoluminal de varices por láser (y por radiofrecuencia) **exclusivamente en procesos con insuficiencia venosa clínica sintomática (grado C3 o superior de la CEAP), no siendo de cobertura el tratamiento por motivos estéticos.**

Litotricia extracorpórea.- Para tratamiento de la Litiasis renal. **No es de cobertura para el tratamiento de la litiasis biliar.**

Medicina Nuclear.La medicación será con cargo al asegurado, excepto en aquellos tratamientos que se realicen en régimen de hospitalización con ingreso.

Oncología.- Quimioterapia (incluye los medicamentos quimioterápicos e inmunoterápicos oncológicos antineoplásicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unidades de Oncología en régimen de hospital de día; **no son de cobertura las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal**), Radioterapia, incluida la Radioterapia de Intensidad Modulada, así como la

Braquiterapia **para el tratamiento del cáncer de próstata, ginecológico, genital y de mama.** Se incluye la Radiocirugía estereotáxica o estereotáctica **exclusivamente para tumores localizados en el sistema nervioso central (no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáxica para otras patologías, la Radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Protonterapia o Terapia con protones, ni otras formas especiales de Radioterapia).**

Radiología Intervencionista terapéutica.-

Cirugía oncológica de la mama.- Será de cobertura la Reconstrucción mamaria (**exclusivamente tras mastectomía por neoplasia**, incluyendo expansores y prótesis de mama en caso necesario, así como técnicas de colgajo DIEP o TRAM. En estos casos, también queda cubierta la simetrización de la mama contralateral, **siempre que se realice en el mismo acto que la reconstrucción de la mama afectada por la neoplasia, o en los 6 meses siguientes a dicha reconstrucción, como máximo.**

Rehabilitación.- Son de cobertura los tratamientos de fisioterapia ambulatoria **para patologías del aparato locomotor con déficit funcional recuperable hasta la estabilización de las lesiones.** Incluye Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, así como los tratamientos con ondas de choque para las siguientes lesiones osteotendinosas: tendinopatías degenerativas, tendinosis, osteonecrosis, pseudoartrosis, osteocondritis y calcificaciones.

También son de cobertura:

- La rehabilitación de suelo pélvico.
- La rehabilitación vestibular.
- La rehabilitación cardiaca.
- El drenaje linfático **únicamente en caso de alteraciones originadas por procesos y tratamientos oncológicos.**
- En Logopedia/Foniatría se cubren **exclusivamente los tratamientos de patologías del lenguaje y articulación de la voz, recuperables y derivadas de procesos orgánicos hasta la estabilización del proceso. No son de cobertura los tratamientos de trastornos del aprendizaje, dislexia, disgrafía o discalculia.**
- Se incluyen los tratamientos de Ortóptica y Pleóptica.

Diálisis.- Hemodiálisis y diálisis peritoneal, **para insuficiencias renales agudas o crónicas.**

Tratamiento del dolor.- **No son de cobertura las bombas implantables para perfu-**

sión de medicamentos ni los electrodos y dispositivos para estimulación medular o cerebral.

6.- Otros servicios

6.1.- Podología:

El servicio de Podología, que incluye consulta y/o cura podológica (quiropodia), se presta solo en consultorio, **y con un límite de 12 sesiones al año.** También es de cobertura el estudio biomecánico de la marcha.

6.2.- Psicoterapia (*):

Para el tratamiento de las enfermedades relacionadas con la salud mental que sean de origen psicológico y de carácter temporal (patologías relacionadas con la adaptación, estrés, cuadros depresivos temporales, patologías relacionadas con el comportamiento, anorexias y bulimias). **Requiere prescripción previa e informe por especialista en psiquiatría del Cuadro Médico de la Entidad, así como autorización previa expresa de la misma para un profesional/centro concertado.**

El número máximo de sesiones cubierto por la Entidad es de 20 sesiones por anualidad de seguro para el conjunto de patologías cubiertas por esta prestación, salvo en trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia, cuyo límite será de 40 sesiones por anualidad de seguro. También se incluye la cobertura para tratamiento de las alteraciones psicológicas provocadas por acoso escolar, ciberacoso y violencia de género, **con un límite máximo de 40 sesiones por anualidad de seguro.**

No serán de cobertura por la Entidad los test psicológicos o neuropsicológicos, la psicopedagogía, la psicoterapia de grupo y de pareja, el psicoanálisis o las terapias psicoanalíticas, el tratamiento ambulatorio de la narcolepsia, ni la hipnosis.

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

6.3.- Planificación Familiar (*):

Incluye consulta, vasectomía, ligadura de trompas e implantación del DIU, incluido el coste del dispositivo (**no son de cobertura los DIU hormonales**). Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón).

Se establece un período de carencia de 6 meses.

6.4.- Preparación al parto:

Mediante cursos que incluyen formación teórica y práctica, con ejercicios físicos, técnicas de relajación, de expulsión y de simulación del periodo de dilatación y parto.

Se requiere prescripción por parte de un especialista en Obstetricia y Ginecología del Cuadro Médico de la Entidad.

6.5.- Estomatología y Odontología:

Además de consultas y revisiones, se incluyen las extracciones dentarias, limpieza de boca (tartrectomía) y curas, así como la radiología dental para estos tratamientos y las fluorizaciones para niños menores de 6 años.

6.6.- Segunda Opinión

El Asegurado tendrá derecho a la prestación de Segunda Opinión Médica para de-

terminadas patologías y cuadros clínicos que figuran en el Anexo II de estas Condiciones Generales, en el que igualmente se indica la forma de acceso a la misma.

6.7.- Medicina Preventiva

Incluye programas en Pediatría, Ginecología, Cardiología, Urología y Aparato Digestivo de acuerdo con las recomendaciones generalmente aceptadas, que figuran en el Anexo III de estas Condiciones Generales.

6.8.- Doctor Virtual

Este servicio, disponible para el asegurado a través de la zona privada de la página web de asisa (www.asisa.es) o de la app para dispositivos móviles, dispone de un equipo médico que atiende, informa y asesora al asegurado sobre sus posibles dudas y consultas relativas a cualquier patología o problema de salud.

7.- Hospitalización

La Hospitalización se hará siempre en centros concertados por la Entidad para el proceso correspondiente, en habitación individual con cama de acompañante, **salvo imposibilidad manifiesta, y salvo en los casos de hospitalización psiquiátrica, neonatológica o en Unidad de Cuidados Intensivos.**

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, serán de cobertura las exploraciones diagnósticas complementarias, las actuaciones terapéuticas necesarias, la medicación, transfusiones y el posible tratamiento quirúrgico, incluyendo los gastos de quirófano, medicación y anestesia, **todo ello de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del seguro.**

En todos los supuestos de hospitalización, incluida la asistencia en Hospital de Día, **es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que debe ser un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico y autorizada por la Entidad de manera expresa con carácter previo a su ocurrencia. En la prescripción deberá figurar el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro concertado con la Entidad y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por el contrato.**

En los casos en que la Hospitalización se produjera con carácter de urgencia, bastará con la prescripción escrita del médico de la Lista de Facultativos o el informe de ingreso del Centro, **pero el Asegurado, o en su caso sus familiares, deberá comunicar la circunstancia a las oficinas de la Entidad, en el plazo de 7 días, recabando la correspondiente autorización para que vincule económicamente a la Aseguradora.**

Sin el cumplimiento de estos requisitos, la Entidad no autorizará ninguna hospitalización ni se hará cargo de ninguna prestación sanitaria ni asumirá ninguna otra obligación económica, directa o indirectamente relacionada con la causa del ingreso.

La permanencia en régimen de Hospitalización no tiene límite de estancias **(salvo lo previsto en cada caso)** y dependerá de si, según criterio del médico responsable de la Lista de Facultativos de ASISA, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. **No obstante, las autorizaciones de internamiento tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordene el ingreso, o por medias estadísticas de cada proceso estimadas por la Entidad. Para obtener una o más prórrogas de los días de hospitalización, será necesario tramitar la oportuna solicitud**

aportando un nuevo informe del médico responsable en el que se señalen las razones de dicha renovación de estancia y las previsiones al respecto.

En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia otros distintos a los médicos, como problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, ausencia de familiares, etc.).

No son de cobertura los gastos derivados de hospitalización en centro no concertado (privado o público), aunque hayan sido prescritos por profesionales pertenecientes al Cuadro Médico de ASISA, salvo que se hayan originado por causa de urgencia, en cuyo caso, la Entidad asumirá el coste de la asistencia hasta que cese la situación de urgencia. En estos supuestos, el asegurado o, en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad en el plazo máximo de 7 días. Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la situación de Urgencia. Una vez lo permita la situación médica del asegurado, éste deberá ser trasladado a un Centro concertado, previa coordinación con ASISA.

La cobertura de HOSPITALIZACIÓN incluye:

- **Hospital de Día:** asistencia en régimen alternativo a la hospitalización, por un periodo inferior a 24 horas, para aquellos pacientes que precisen una atención sanitaria de menor intensidad para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, incluidos los de cirugía ambulatoria, que no requieren hospitalización.

En régimen de Hospital de Día para tratamiento médico o psiquiátrico no es de cobertura la medicación, salvo la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica, con citostáticos u otros medicamentos, intravenosa o intravesical administrada en unidades de Oncología.

- **Hospitalización por maternidad:** asistencia al parto o cesárea y puerperio, asistida por Tocólogo y Matrona pertenecientes al Cuadro Médico de ASISA. Incluye la anestesia también en partos normales.
- **Hospitalización pediátrica:**
 - * Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto.
 - * También se incluye la hospitalización por motivo médico o quirúrgico en centro concertado de la Entidad, incluyendo, en caso necesario, ingreso del recién nacido (Neonatología, Incubadora). Cuando la edad del niño, y el Centro, lo permitan, el enfermo podrá estar acompañado.

Siempre que el parto/cesárea haya sido cubierto por ASISA, la hospitalización del recién nacido será de cobertura con cargo al contrato de seguro de la madre, hasta un máximo de 30 días desde la fecha de su nacimiento; para continuidad asistencial a cargo de la Entidad, es imprescindible el alta del recién nacido en ASISA dentro del citado periodo, según lo previsto en el apartado c) de la Condición General Octava.

- **Hospitalización por motivo quirúrgico.** Además de los gastos de la intervención quirúrgica, incluye también el estudio preoperatorio así como las visitas y curas en el postoperatorio inmediato, así como las prótesis o implantes incluidas de forma expresa en el punto 10 de esta condición Segunda.

- **Hospitalización por motivo médico** (que no precisa intervención quirúrgica).
Para tratamiento de los procesos que, a juicio del especialista del Cuadro Médico, no puedan tratarse en el domicilio o de forma ambulatoria con las técnicas correctas y precisen internamiento.
- **Hospitalización Psiquiátrica:** En régimen de ingreso de Hospital de Día y para tratamiento de pacientes con procesos psiquiátricos agudos o crónicos reagudizados y que sean recuperables.
En estos casos no se incluye cama de acompañante. **Se establece una limitación de 50 días de Hospitalización por anualidad de seguro.**
- **Hospitalización en unidades especializadas,** como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidad Coronaria. **En estos casos no se incluye cama de acompañante.**

Para cualquier Hospitalización se establece un Periodo de Carencia de 8 meses (salvo situaciones de Urgencia o partos prematuros).

8.- Cirugía Ambulatoria

Incluye cualquier intervención diagnóstica o terapéutica prescrita y realizada por un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico de la Entidad en un centro autorizado, concertado por la Entidad, y que requiere normalmente una sala de intervenciones.

Para este tipo de Cirugía se establece un Periodo de Carencia de 6 meses. Requiere previa prescripción y autorización expresa por parte de la Entidad.

9.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

Los traslados en ambulancia concertada objeto de cobertura serán aquellos que se realicen, dentro del territorio nacional, desde el domicilio o el lugar en que se encuentre el asegurado hasta el centro concertado donde deban prestarse los servicios asistenciales que necesite, y del centro a su domicilio una vez completada la asistencia y **siempre que un médico del cuadro de la Entidad lo prescriba por escrito y concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan al asegurado utilizar los servicios de transporte ordinario (servicios públicos, taxi o vehículo particular).**

No son de cobertura en ningún caso los traslados en medios de transporte distintos a las ambulancias (aviones medicalizados, tren, barco, helicóptero, etc.) ni los realizados por medios no concertados, incluyendo los servicios públicos.

10.- Prótesis e Implantes

La Entidad, previa autorización expresa, cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales exclusivamente de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes que se detallan a continuación:

- Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis (**excluidos los implantes constituidos por hueso natural o sustitativos del mismo, salvo los injertos óseos, ligamentos biológicos e injertos osteotendinosos siempre que sean necesarios para una intervención quirúrgica autorizada previamente por la Entidad y se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales concertados).**
- Las prótesis valvulares cardíacas (**excepto las prótesis valvulares transcatóter,**

transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otras); las prótesis vasculares tipo "by pass", las endoprótesis de aorta y sus ramas, los conductos valvulados aórticos en casos de patología valvular aórtica, y los stents coronarios.

- Los marcapasos unicamerales y bicamerales **(no son de cobertura los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular ni, en general, cualquier tipo de Desfibrilador automático implantable o DAI).**
- Las prótesis de mama incluidos los expansores **(exclusivamente tras mastectomía por neoplasias).**
- Las lentes intraoculares monofocales para el tratamiento de la catarata **(no son de cobertura las lentes bifocales, multifocales, tóricas o correctoras de defectos de refracción de cualquier tipo).**
- Las mallas sintéticas de pared abdominal o torácica **(no son de cobertura las mallas biológicas).**
- Las prótesis biliares.
- Los coils para embolizaciones.
- Los sistemas de derivación de LCR para hidrocefalias.
- Las prótesis testiculares.
- Los reservorios para la administración de fármacos oncológicos o de tratamiento del dolor (tipo Port-a-Cath®).

En todo caso, cualquier otro gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, o a cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle de cobertura anterior, correrá a cargo del asegurado. No son de cobertura los factores de crecimiento plaquetarios ni los tratamientos de cualquier tipo con células madre.

No serán de cobertura las prótesis incluidas en el detalle anterior que incorporen modificaciones técnicas, en cuanto al diseño y/o tipo de dispositivo, elementos de su composición, el material utilizado o los métodos para su implantación, así como en las fuentes de energía, en caso de implantes activos, respecto a las de utilización general hasta el momento de la contratación, salvo que sean incorporadas a la cobertura del presente contrato de seguro, previa comunicación expresa por parte de la Entidad aseguradora.

11.- Trasplantes

Quedan cubiertos por la Entidad los gastos derivados de la realización de trasplantes de médula ósea (tanto autólogo como heterólogo) y de córnea **(siendo el coste de la córnea por cuenta del Asegurado).**

La obtención y el trasplante de órganos solo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente. En todo caso, la Entidad no asume la gestión de la obtención del órgano o tejido a trasplantar, la gestión de la obtención de córnea o médula ósea de donante será a cargo del asegurado.

No son de cobertura otros tipos de trasplantes de órganos, tejidos o células.

Se requiere prescripción de un facultativo especialista en la materia del Cuadro Médico de ASISA, y autorización expresa y previa por parte de la Entidad.

Se establece un período de carencia de 8 meses.

12.- Accidentes Laborales y del Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor

Incluye la asistencia sanitaria derivada de accidentes laborales, profesionales y los amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, salvo que se excluyan expresamente en Condiciones Particulares.

13.- Asistencia en Viaje

El Asegurado con domicilio habitual en España tendrá la cobertura de Asistencia en Viaje, **de acuerdo con lo establecido en las condiciones que figuran en el Anexo IV.**

TERCERA: PRESTACIONES EXCLUIDAS

Aparte de las específicamente establecidas en cada caso, quedan excluidas de la cobertura de este seguro las siguientes prestaciones:

- 1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias o pandemias oficialmente declaradas.**
- 2. Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.**
- 3. Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, huracanes o tifones, terremotos, derrumbamientos, etc.**
- 4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación del seguro o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe cumplimentar el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
- 5. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo y artes marciales, toreo, escalada, montañismo, barranquismo, puenting etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.**
- 6. La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad o para control metabólico). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).**
- 7. La Medicina Preventiva (excepto lo recogido en el Anexo III de estas Condiciones), los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 4 (Medios Especiales de diagnóstico) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.**
- 8. La Homeopatía, organometría y acupuntura, así como las técnicas diagnósticas o de tratamiento experimentales o no reconocidas por la ciencia médica o realizadas para ensayos clínicos de cualquier tipo.**
- 9. En la especialidad de Odontología quedan excluidos los empastes, las prótesis,**

incluyendo los implantes dentales, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia, así como las pruebas diagnósticas o estudios previos o relacionados con estos tratamientos y cualquier técnica diagnóstica o tratamiento con fines estéticos o cosméticos.

10. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de psicoterapia del punto 6.2 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología tratamientos neuropsicológicos o de neurorrehabilitación y tratamiento ambulatorio de la narcolepsia.
11. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la inseminación artificial y la fecundación «in vitro», así como los DIU hormonales. También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo.
12. En Rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa, como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica. Asimismo, se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, la estimulación temprana, la rehabilitación neuropsicológica o la estimulación cognitiva, y, en general, los tratamientos de alteraciones neurológicas o neurodegenerativas no relacionadas con el aparato locomotor, así como la rehabilitación en enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.
13. Los implantes constituidos por hueso natural (salvo que sean necesarios para intervenciones autorizadas por la Entidad y siempre que se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales) o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos. Las prótesis de pene y escroto, las prótesis de mama y los expansores de piel (salvo lo indicado en el apartado de Cirugía oncológica de mama en el punto 5 de la Cláusula Segunda), los implantes dentales, cocleares, de oído medio y cualquier tipo de implante o prótesis que no sea de práctica quirúrgica general en la Sanidad Pública. No es de cobertura ningún gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, de cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica, no autóloga, no incluidos de forma expresa en el punto 10 de la Cláusula Segunda de estas Condiciones (relativo a Prótesis e Implantes). También quedan excluidas las prótesis cubiertas en el citado punto 10 de la Cláusula Segunda, cuando incorporen modificaciones técnicas, en cuanto al diseño y/o tipo de dispositivo, elementos de su composición, el material utilizado, los métodos para su implantación, o que supongan cambios en las fuentes de energía, en caso de implantes activos, respecto a las de utilización general hasta el momento de la contratación, salvo que su incorporación a la cobertura del presente contrato de seguro sea comunicada previamente y de forma expresa por parte de la Entidad.
14. La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica con citostáticos o con otros medicamentos, intravenosa o intravesical, empleada en los tratamientos quimioterápicos oncológicos ambulatorios administrados en Unidades de Oncología en régimen de Hospital de Día (se excluye cualquier otra medicación administrada en régimen de Hospital de Día). Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria

o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate.

15. Se excluyen las terapias regenerativas y celulares de cualquier tipo, así como los tratamientos basados en ingeniería tisular y en terapias génicas o genéticas y cualquier tratamiento basado en modificaciones genéticas de células del paciente a través de cualquier procedimiento (incluso las terapias denominadas CAR-T o de células T con CAR).
16. Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas, así como el láser quirúrgico cualquiera que sea el órgano a tratar, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 5 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.
17. La radiocirugía estereotáxica o estereotáctica, excepto para tratamiento de lesiones tumorales localizadas del sistema nervioso central, la radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Protonterapia o Terapia con protones, así como otras técnicas especiales de radioterapia, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 8 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.
18. Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en aquellas patologías oncológicas incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales).
19. Se excluye todo tipo de trasplantes, excepto el de médula ósea (autólogo y heterólogo) y córnea (siendo el coste de esta a cargo del asegurado).
20. Se excluyen de la cobertura del seguro todos aquellos medios, procedimientos y técnicas de diagnóstico o tratamiento no reconocidos o no universalizados en la práctica médica habitual, o que sean de carácter experimental o de investigación.
21. Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica no incluida expresamente en la cobertura del contrato, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contratación de la misma, salvo que la Entidad comunique expresamente su incorporación. Cualquier acto diagnóstico o terapéutico que implique una modificación respecto a la práctica médica general previa a la contratación en cuanto a la vía de abordaje, dispositivos utilizados, materiales empleados y fuentes de energía, salvo que inclusión expresa en la cobertura previa comunicación por la Entidad.
22. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad.
23. Cualquier asistencia (consulta, medio de diagnóstico, técnica de tratamiento, prótesis o implante, servicio, etc.) relativa a prestaciones no cubiertas por el presente contrato de seguro.

CUARTA: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Derecho a la asistencia.

El Asegurado, a quien corresponde el ejercicio de los derechos comprendidos en el presente contrato, deberá identificarse al requerir los servicios sanitarios

asegurados, exhibiendo la tarjeta sanitaria de ASISA, junto con el D.N.I., en su caso, o cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducción). La citada tarjeta es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la tarjeta sanitaria dará lugar al ejercicio por parte de ASISA de las acciones legales que correspondan.

Los gastos de asistencia que sean objeto de cobertura por el presente contrato serán abonados directamente por ASISA a los profesionales y centros concertados que hayan prestado el servicio por lo que el asegurado no debe anticipar el pago.

ASISA no se hará cargo del coste de ninguna prestación que no haya sido prescrita ni sea realizada por profesionales del Cuadro Médico en centros y servicios o concertados por la misma.

Para medios de diagnóstico, técnicas especiales de tratamiento, hospitalización, cirugía ambulatoria y otros servicios en los que así se indique la necesidad de prescripción, **esta corresponderá a un médico especialista en la materia de la Lista de Facultativos de la Entidad. Cuando así se indique, dicha prescripción deberá ser autorizada previamente y de forma expresa por parte de ASISA a través de diferentes canales establecidos al efecto, de acuerdo con las instrucciones que facilite la Entidad al respecto en cada momento. En el caso de las prestaciones realizadas con carácter urgente que requieran autorización por parte de la Entidad, esta se recabará dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.** La relación actualizada de las prestaciones que requiere autorización en cada momento puede ser consultada en la web de la entidad (www.asisa.es), así como en el resto de plataformas de información disponibles (app, teléfono, oficinas Delegación, etc.).

En el caso de que, de conformidad con lo dispuesto en la Condición General Segunda, se exija autorización expresa por parte de la Entidad para tener derecho a la prestación correspondiente (medios de diagnóstico, técnicas especiales de tratamiento, hospitalización, cirugía ambulatoria y demás prestaciones detalladas), se establece que el volante emitido al efecto carecerá de validez, si en el momento en que el asegurado reciba la asistencia o servicio autorizado, no se cumplen todos los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Generales para tener derecho a la cobertura de la asistencia contemplada en el volante de autorización (por ejemplo, en caso de impago de la prima o del copago, reserva o inexactitud en el Cuestionario de Salud, etc.).

Dadas las variaciones que puede experimentar el Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad, se recomienda al asegurado que antes de solicitar un servicio sanitario realice las comprobaciones necesarias para verificar que si el profesional o centro están concertado por ASISA para el mismo. A dichos efectos, puede consultar el Cuadro Médico en la web (www.asisa.es) o app de la Entidad, o a través de los distintos canales de información que la Entidad pone a disposición del asegurado.

Cuando el asegurado se encuentre desplazado a otra provincia del territorio nacional, se recomienda ponerse en contacto con las oficinas de las Delegaciones y Subdelegaciones Provinciales de ASISA o de Entidades colaboradoras en las provincias en las que no existe Delegación Provincial de la Entidad para conocer el Cuadro Médico concertado para ser atendido con arreglo al presente contrato. Dicha información está igualmente accesible a través de la web de ASISA (www.asisa.es) y del resto de canales de información que la Entidad pone a su disposición.

En caso de que el asegurado se desplace a otra provincia para recibir asistencia, por deseo propio o por no encontrarse disponible en la provincia de alta, los gastos derivados del desplazamiento serán siempre a su cargo; **en ningún caso, serán asumidos por ASISA.**

2. Participación del Asegurado en el coste de los servicios (Copago)

Salvo que en las Condiciones Particulares se indique lo contrario, se conviene la participación del asegurado en el coste de los servicios o Copago, por cada consulta, sesión, tratamiento o servicio sanitario utilizado cubierto por parte de la Entidad, de acuerdo con lo establecido en la Condiciones Particulares y/o especiales. El importe del copago podrá ser actualizado en cada renovación del contrato, según comunicación de la Entidad.

3. Libertad de elección de médico

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad, salvo para determinadas especialidades que podrán contener un único prestador del servicio. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido, salvo los casos en que, con arreglo a las cláusulas de este contrato, sean exigibles requisitos adicionales.

4. Períodos de carencia

Algunas de las prestaciones cubiertas por el presente seguro tienen establecido un determinado periodo de carencia o período de tiempo durante el cual no se cubren, que se computa desde la fecha de inicio del contrato o desde la fecha de inclusión de un nuevo asegurado al mismo. Dichas prestaciones están marcadas con un asterisco (*) dentro de cada apartado, en el que se indica el período de carencia aplicable.

QUINTA: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de este contrato de seguro y, a su vencimiento o finalización, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará por periodos no superiores a un año. **No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.** El asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos dos meses antes de que concluya el período contractual en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

En el supuesto de que el contrato de seguro no se prorrogase para el siguiente período contractual por voluntad de Asisa, según lo previsto en el párrafo anterior, si el asegurado se encontrase hospitalizado en el momento de finalización la relación contractual, la Entidad resultará obligada a asumir la cobertura de dicho ingreso hasta el alta hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

En caso de que el contrato de seguro sea resuelto por parte del Tomador o contratante, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento

o finalización establecida en las Condiciones Particulares, sin que resulte de aplicación lo establecido en el párrafo anterior. Por tanto, si el Asegurado se encontrara recibiendo algún tipo de prestación asegurada en el momento del vencimiento o finalización del contrato, la cobertura asegurada de Asisa cesará en la citada fecha de vencimiento sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque sea derivada de un siniestro ocurrido durante la vigencia del seguro.

Además de las causas legalmente previstas, se establece que el presente contrato quedará extinguido al término de la anualidad en la que el asegurado (o la persona a la que acompañe en su desplazamiento al extranjero) regrese a España tras finalizar el motivo de su desplazamiento profesional (laboral o de estudios).

SEXTA: PAGO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS/COPAGOS

El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima o precio del seguro, según lo previsto en las Condiciones Particulares. Las primas a cuyo pago queda obligado el Tomador del seguro son anuales, pudiendo pactarse el pago fraccionado de las mismas. Salvo que en las Condiciones Particulares se especifique otra cosa, el lugar de pago de la prima se corresponderá con la domiciliación bancaria facilitada por el Tomador.

Todos los impuestos, recargos y tributos existentes y los que en lo sucesivo puedan establecerse sobre los contratos de seguro y las primas, son a cargo del Tomador del seguro cuando legamente sean repercutibles.

La primera Prima o fracción de la misma será exigible, conforme a lo previsto en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en el contrato, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de la misma, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, reservándose ASISA el derecho a resolver el contrato. En caso de que la aseguradora no haya resuelto el contrato o reclamado la prima o fracción en el plazo de los seis meses siguientes al impago, 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 no retroactivo a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la Prima del Período de Seguro en curso.

El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual, quien perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago del recibo de cualquier fracción siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

El Asegurador y el Tomador sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora, ya que la prima es única para el período contractual con independencia de que se admita su fraccionamiento.

COPAGOS: Salvo pacto en contrario previsto en las Condiciones Particulares del seguro, las partes contratantes convienen la participación del asegurado en el coste de los servicios que utilice. Dicha participación o copago será única para cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado por el asegurado, **y su importe podrá ser actualizado anualmente por la Entidad en cada renovación del contrato, mediante comunicación al Tomador.**

El cobro de los copagos se efectuará por la Entidad en la cuenta designada por el Tomador para el pago de la prima, aunque, excepcionalmente, podrá acordarse su abono por el asegurado en la domiciliación bancaria facilitada que éste facilite a dichos efectos.

La Entidad facilitará de forma periódica, un resumen del importe de los copagos correspondientes a los servicios utilizados.

Al considerarse parte integrante de la prima, lo establecido en la presente Cláusula SEXTA para la falta de pago de la segunda y sucesivas primas o fracciones de ella, será de aplicación en caso de impago del importe de los copagos, respondiendo siempre el tomador, aún en el caso de que se hubiese acordado el pago de los mismos por parte del asegurado. Por tanto, en caso de impago de los copagos por parte del asegurado, el tomador asume el compromiso de abonar los mismos, por lo que autoriza a ASISA a que envíe al cobro dicho importe a la domiciliación bancaria designada en cada momento para el pago de la prima, y ejerza frente a él, en su caso, las acciones legales que correspondieran como obligado al pago de la prima y copagos.

La prima de cada asegurado se calcula en base a los factores de riesgo que se detallan seguidamente: edad del asegurado a 31 de diciembre del período de seguro que vence y zona geográfica del domicilio del asegurado identificado en el contrato. A través del presente documento, el tomador manifiesta su conformidad a las modificaciones que, por tal motivo, pueda experimentar el importe de la prima. Asimismo, la Entidad Aseguradora podrá tomar en consideración en la actualización de la prima la variación de los costes asistenciales, la morbilidad, la incorporación de nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas. Además, las primas a abonar también podrán variar en función de otras circunstancias personales de los asegurados.

La actualización de la prima se efectúa de conformidad con lo establecido en el artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, que dispone que las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas.

ASISA comunicará por escrito la actualización del importe de la prima y de los copagos para la siguiente anualidad dos meses antes de la renovación del contrato de seguro.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en la Cláusula QUINTA.

La aceptación por el Tomador de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo de Prima, correspondiente al nuevo período de la prórroga.

SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

El Tomador del seguro y en su caso, el Asegurado tiene las siguientes obligaciones:

- a) Declarar a ASISA, antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo a asegurar. Queda exonerado de tal deber si ASISA no le somete Cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él, resultando esencial que la información facilitada por el Tomador/Asegurado sea veraz y completa, al constituir la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual forma parte dicho Cuestionario.
- b) Notificar al Asegurador el cambio de domicilio y de dirección de correo electrónico identificadas en el contrato, tanto del tomador como del asegurado, así como el resto de datos facilitados a la Entidad a efectos de comunicaciones en los ocho días siguientes a producirse. Para mantener el derecho a la asistencia, el nuevo domicilio debe encontrarse dentro del ámbito asistencial de la entidad aseguradora.
- c) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- d) Facilitar al Asegurador toda la información que éste precise para ejercer el derecho de subrogación, previsto en los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.
- e) El Tomador y Asegurado tienen la obligación de facilitar a Asisa, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y/o presupuestos que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por el presente contrato. Asisa no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. El asegurador podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación, que no procediera asumir, una vez conocida la información facilitada por el Asegurado.
- f) Comunicar al Asegurador la pérdida, sustracción o deterioro de la tarjeta a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado identificado en el contrato, anulando la anterior. Igualmente,

el Tomador o Asegurado deberán devolver a ASISA la tarjeta correspondiente al asegurado cuando su contrato quede extinguido.

OCTAVA: FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- a) El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega del contrato, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el contrato.
- b) Podrá solicitarse el alta del recién nacido como asegurado de ASISA, con eliminación de los períodos de carencia aplicables en cada caso y sin valoración de Cuestionario de Salud, siempre que el parto o cesárea haya sido cubierto por ASISA y la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. Para las altas solicitadas fuera del expresado período, así como para los nacidos en partos o cesáreas no cubiertos por la Entidad será exigible Cuestionario de Salud, con valoración del riesgo y posibilidad de no aceptación de la contratación, y aplicación de los períodos de carencia establecidos en las Condiciones Generales que resulten de aplicación para cada seguro.

En el Anexo IV - Asistencia en el Extranjero (B.- Asistencia en Viaje Integral, B.3.b) Tratamiento del Recién Nacido), se establecen condiciones específicas para el alta del recién nacido como asegurado de ASISA en relación con su cobertura asistencial en el extranjero.

- c) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento del asegurado, la Entidad solo podrá resolver el contrato cuando la verdadera edad de aquel, a la fecha de inicio del mismo, excediere de los límites de admisión establecidos por el Asegurador en el momento de contratación. Si no excediera de los citados límites, la Entidad queda facultada para regularizar la diferencia entre el importe abonado por el Tomador y el que éste debería haber abonado en caso de haber declarado la edad correcta del asegurado en el momento de contratación.
- d) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma del contrato o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma del contrato, mediante comunicación escrita a la Entidad en este sentido. Si hubiese acaecido el siniestro, Asisa podrá exigir el pago del servicio prestado con anterioridad al desistimiento, que consistirá en el importe de la prima que sea proporcional al tiempo transcurrido hasta el momento del desistimiento.

NOVENA: FACULTADES DEL ASEGURADOR

- a) Cuando ASISA tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador/Asegurado del seguro en el Cuestionario de Salud podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento.

- b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora efectúe la comunicación a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

DÉCIMA: PÉRDIDA DE DERECHO, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - a) En caso de reserva o inexactitud por parte del Tomador o, en su caso, del Asegurado, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el cuestionario de salud) antes de la suscripción del contrato, siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).
 - b) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima o fracción de la misma, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
 - c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
2. Si se hubiera practicado reconocimiento previo o se hubiera reconocido plenitud de derechos, el contrato será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las condiciones particulares de la Póliza, o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado el cuestionario de salud con reserva o inexactitud.

Si no se hubiere practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, el contrato será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo al cumplimentar el cuestionario de salud.
3. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el Siniestro.

DECIMOPRIMERA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalado en el contrato. Si se realizan al agente de seguros que hubiera intervenido en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, (artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro).

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro o, al Asegurado podrán realizarse por correo postal o electrónico, o por cualquier otro medio de mensajería instantánea facilitado por el tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador podrá oponerse al envío de comunicaciones electrónicas a través del siguiente buzón: DPO@gruposasisa.com

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio.

DECIMOSEGUNDA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Los Tomadores del seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante la Delegación Provincial de Asisa, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE DEL GRUPO ASISA, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº. 12, 28027 MADRID, sac@asisa.es, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa aplicable, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, para lo cual tienen a su disposición, un modelo de reclamación, en las oficinas de la Entidad Aseguradora y en la página web de la Entidad (www.asisa.es). Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Servicio de Reclamaciones/ Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

ASISA no se encuentra adherida a ninguna Junta Arbitral de Consumo. Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

A efectos del presente contrato de seguro, con independencia de las instancias anteriores, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOTERCERA: ÁMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el territorio nacional, salvo lo establecido para la cobertura de Asistencia en Viaje (Anexo IV).

DECIMOCUARTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de sus datos personales.

El responsable del tratamiento es ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (en adelante, ASISA), con CIF A08169294 y con domicilio social en Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027 Madrid.

ASISA tiene nombrado formalmente un Delegado de Protección de Datos, que tiene habilitado el siguiente canal de comunicación: DPO@grupoasisa.com

2. Tratamiento de los datos personales.

Se procederá a tratar datos personales identificativos, de empleo, características personales, circunstancias sociales, datos socioeconómicos y datos de salud, proporcionados a través de la solicitud de seguro, así como durante la vigencia del contrato y mediante el acceso a ficheros existentes en fuentes públicas o privadas siempre que exista un interés legítimo y/o cumplimiento de una obligación legal.

El Tomador se compromete a garantizar que toda la información facilitada incluida la relativa a los asegurados es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados. Asimismo, en caso de proporcionar datos relativos a otra persona física deberá, con carácter previo a su inclusión, obtener los correspondientes consentimientos e informarle de los extremos contenidos en la presente cláusula.

3. Finalidad del tratamiento de los datos personales.

El tratamiento de los datos tendrá como finalidad atender, gestionar y ejecutar el contrato de seguro, así como prestar los servicios relacionados directa o indirectamente con el mantenimiento del mismo.

Adicionalmente, ASISA está amparada por el interés legítimo para:

- Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.
- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos y/o servicios propios de la entidad que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si no desea recibir publicidad por medios electrónicos, el asegurado podrá dirigirse a la dirección postal DPO@grupoasisa.com.
- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas y de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.
- En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito.

Asimismo, en base al cumplimiento de obligaciones legales, el tratamiento de los datos tendrá como finalidad:

- Realizar el análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea en el proceso de la solicitud del seguro o durante la vigencia del contrato en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.

- Cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

Además, el consentimiento del asegurado permitirá a ASISA el tratamiento de sus datos para:

- Enviarle ofertas personalizadas de productos y servicios de las empresas del Grupo ASISA y Colaboradoras. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web www.asisa.es
- Compartir sus datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web www.asisa.es

La no autorización del tratamiento de los datos para las anteriores finalidades no afectará al mantenimiento o cumplimiento de la relación contractual.

4. Legitimación para el tratamiento de los datos personales.

La base para el tratamiento de los datos personales del asegurado se encuentra:

- En la ejecución del contrato para la prestación de asistencia sanitaria al asegurado por parte de ASISA, en base a lo dispuesto en el contrato de seguro que le vincula con dicho asegurado.
- En el cumplimiento de obligaciones legales para cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.
- En el interés legítimo para enviarte ofertas y promociones personalizadas, así como para prevenir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA respecto a clientes y exclientes y con fines administrativos internos.
- En su consentimiento para comunicar datos a otras empresas de las que recibirás ofertas y promociones personalizadas y para poder ofrecerte publicidad de productos y servicios de terceras empresas.

5. Destinatarios de los datos personales.

Los datos personales tratados por ASISA para alcanzar las finalidades detalladas anteriormente podrán ser comunicados a los siguientes destinatarios en función de la base legitimadora de la comunicación.

- Dirección General de Seguros, Organismos y Administraciones Públicas.
- Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en el presente contrato.
- Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA que puede consultar en su sitio web www.asisa.es.
- Entidades financieras para la gestión de cobros y pagos.
- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) para la inclusión de sus datos personales, en caso de considerarse necesario, en su fichero común de prevención del fraude.

- Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.
- En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA compartirá su información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web www.asisa.es

6. Tiempo de conservación de los datos personales

Los datos personales se mantendrán durante la vigencia del contrato y, posteriormente, siempre que el asegurado no haya ejercitado su derecho de supresión, siendo conservados teniendo en cuenta los plazos legales que resulten de aplicación en cada caso concreto, de acuerdo con la tipología de los datos, así como con la finalidad del tratamiento.

Una vez finalizado el mencionado plazo, ASISA se compromete a cesar en el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resulte necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA.

Dichos plazos podrán ser consultados en la Política de Conservación de Datos de ASISA incorporada en la página web www.asisa.es, así como en aquellos otros lugares visibles para el titular de los datos.

7. Derechos en relación al tratamiento de los datos personales.

El asegurado tiene derecho a acceder a sus datos personales y a obtener confirmación sobre cómo se están tratando dichos datos. Asimismo, tiene derecho a solicitar la rectificación de los datos que sean incorrectos o inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que hayan sido recabados por ASISA.

En determinadas circunstancias, el asegurado podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso ASISA únicamente los conservará para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Asimismo, también en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA. En ese caso, ASISA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurran motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Por último, el asegurado podrá solicitar el derecho a la portabilidad y obtener para sí mismo o para otro prestador de servicios determinada información derivada de la relación contractual formalizada con ASISA.

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

- Escrito dirigido a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.

- Mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico DPO@grupoa-sisa.com

En ambos supuestos, se exigirá acreditar la identidad de la persona que ejerce sus derechos mediante el envío de copia de su DNI, NIE, Pasaporte o documento equivalente, por las dos caras.

ASISA facilitará la información solicitada en el plazo máximo de un mes a partir de la recepción de la solicitud. Dicho plazo podrá prorrogarse otros dos meses en caso necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes.

El asegurado podrá retirar el consentimiento en cualquier momento, en el caso de haberse otorgado para alguna finalidad específica, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a dicha retirada.

El asegurado podrá presentar reclamación ante la Autoridad de Control competente en materia de protección de datos. No obstante, en primera instancia, podrá presentar reclamación ante el Delegado de Protección de Datos, quien revolverá la misma en el plazo máximo de dos meses.

DECIMOQUINTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados de acuerdo con la normativa vigente, que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, en virtud del derecho de libertad de elección de médico y centro, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria, por lo que en consecuencia, **la Entidad no responderá en ningún caso de forma directa, solidaria o subsidiariamente, en relación con los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados en el ejercicio de su actividad profesional, sobre la que no ejerce ningún control, al encontrarse la misma sujeta al secreto profesional y teniendo en cuenta la confidencialidad de la información de salud.**

ANEXO I

COBERTURAS PARA PET/PET-TAC: INDICACIONES ONCOLÓGICAS DE LA FLUDESOXIGLUCOSA (FDG)

La fludesoxiglucosa (FDG) está indicada para su utilización en la obtención de imágenes mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET) en las siguientes indicaciones oncológicas:

Diagnóstico:

Caracterización del nódulo pulmonar solitario.

Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.

Caracterización de una masa pancreática.

Estadificación:

Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.

Cáncer de pulmón primario.

Cáncer de mama localmente avanzado.

Cáncer de esófago.

Carcinoma de páncreas.

Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.

Linfoma maligno.

Melanoma maligno, con Breslow > 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

Monitorización de la respuesta al tratamiento:

Linfoma maligno.

Tumores de cabeza y cuello.

Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

Gliomas con alto grado de malignidad (grados III o IV).

Tumores de cabeza y cuello.

Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.

Cáncer de pulmón primario.

Cáncer de mama.

Carcinoma de páncreas.

Cáncer colorrectal.

Cáncer de ovario.

Linfoma maligno.

Melanoma maligno.

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y CONSULTA CON EXPERTOS INTERNACIONALES

El asegurado o el especialista de la Entidad que le atienda, podrá solicitar una SEGUNDA OPINIÓN médica referente tanto al diagnóstico como al tratamiento de alguno de los procesos o enfermedades graves que se enumeran a continuación:

1. Oncología.
2. Enfermedades cardíacas, incluyendo cirugía cardíaca y angioplastia.
3. Trasplante de órganos.
4. Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
5. Cirugía ortopédica compleja.
6. Síndromes y malformaciones congénitas.
7. Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
8. Enfermedades y problemas derivadas de la insuficiencia renal.

El servicio también se podrá solicitar para otras enfermedades distintas de las enumeradas, incluyendo las consideradas enfermedades raras o patologías complejas, **siempre que el solicitante aporte la información médica suficiente (diagnóstica y de tratamiento) para poder someterlos a expertos de reconocido prestigio.**

Para acceder al servicio de Segunda Opinión, el asegurado deberá llamar al teléfono 91 075 71 95, donde le indicarán la documentación (pruebas e informes médicos) relativa al primer diagnóstico establecido que deberá enviar a la dirección que le faciliten, junto con el cuestionario que deberá cumplimentar al efecto.

Expertos de reconocido prestigio internacional, en la enfermedad de que se trate, valorarán el diagnóstico y tratamiento establecido, emitiendo el oportuno informe en un plazo de tiempo de cinco días laborables desde la recepción de toda la documentación necesaria.

Dicho informe se efectuará siempre sobre la base del historial médico del paciente y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido.

No están cubiertos por la Entidad las consultas, pruebas y/o tratamientos, que no se realicen de acuerdo con las normas y coberturas del seguro de asistencia sanitaria.

Asimismo, el asegurado que cumpla los criterios anteriores dispondrán de los siguientes servicios, llamando al número de teléfono indicado anteriormente:

a) ORIENTACIÓN MÉDICA

A través de dicho servicio, el asegurado podrá resolver dudas médicas las 24 horas del día a través de la consulta con médicos. En caso de que el asegurado haya gestionado un caso de Segunda Opinión Médica, contará con un médico asignado, quién estará a su disposición para comentar telefónicamente la evolución de su caso y resolver todas aquellas dudas que le vayan surgiendo.

El objetivo de este servicio es complementar la atención médica y resolución de dudas, nunca la sustitución de su médico tratante.

b) APOYO PSICOEMOCIONAL

Además, telefónicamente, el asegurado contará con la posibilidad de solicitar apoyo psicológico relativo a su enfermedad o estado de salud. Dicho servicio consistirá en la concertación de una conferencia con un psicólogo o quien le asesorará, orientará y apoyará emocionalmente a superar la adversidad.

El servicio consistirá en un máximo de 5 sesiones telefónicas.

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

En las especialidades indicadas a continuación se incorporan programas que incluyen consulta con el médico especialista así como las pruebas diagnósticas que se indican, a título de ejemplo, y siempre que el facultativo las considere necesarias (**en todo caso, tanto las consultas como las pruebas de diagnóstico que correspondan según los diferentes programas correrán a cargo de facultativos y centros del Cuadro Médico de la Entidad**)

Pediatría: Comprende los exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabopatías así como detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos en caso necesario) y exámenes periódicos de salud para control del desarrollo infantil (desde el nacimiento hasta los 11 años de edad).

Ginecología: Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta y exploración así como las pruebas diagnósticas (mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo) que el ginecólogo del Cuadro Médico de ASISA indique a la paciente.

- En la prevención del cáncer de mama se recomienda la realización de una mamografía cada 2 años en mujeres mayores de 50 años (el Ginecólogo, no obstante, indicará a la asegurada con qué frecuencia debe realizarse esta exploración en su caso).
- Para la prevención del cáncer de cuello uterino (cáncer de cérvix) se recomienda realizar una citología cérvico-vaginal de Papanicolau en mujeres de 25 a 65 años. Al principio, con periodicidad anual, y después, cada 3-5 años, según las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas. En función de sus características particulares, el ginecólogo del Cuadro Médico de ASISA puede indicar esta exploración con mayor o menor frecuencia de la señalada. Estas recomendaciones no son de aplicación en mujeres que no han tenido relaciones sexuales o a quienes se les haya practicado una histerectomía total.

Cardiología: Prevención del riesgo coronario en personas mayores de 45 años o pacientes con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión o dislipemias, p.ej.). Incluye consulta y exploración por médicos especialistas, así como las exploraciones necesarias (por ejemplo: ECG, analítica básica de sangre y orina, prueba de esfuerzo), según las recomendaciones del especialista en Cardiología del Cuadro Médico de ASISA.

La frecuencia recomendada de estos exámenes varía con la edad y en función de si existen o no factores de riesgo coronario, por lo que el especialista en Cardiología del Cuadro Médico de ASISA determinará la periodicidad adecuada en su caso.

Urología: Diagnóstico precoz del cáncer de próstata en hombres a partir de 50 años (o antes si existen factores de riesgo conocidos).

Comprende consulta médica así como análisis de sangre (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas (como ecografía y/o biopsia de próstata) que el especialista considere oportunas. En general, se recomienda un examen anual a partir de los 50 años; no obstante, el especialista

en Urología del Cuadro Médico de ASISA le indicará la frecuencia y exploraciones precisas en su caso.

Aparato Digestivo: Prevención del cáncer colorrectal en personas de riesgo (antecedentes familiares o personales). Incluye consulta y exploración física, así como las pruebas diagnósticas (por ejemplo, test de sangre oculta en heces o colonoscopia) que el especialista considere necesarias en su caso.

ANEXO IV

ASISTENCIA EN VIAJE: CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES:

ACCIDENTE

La lesión corporal o daño material sufrido durante la vigencia del contrato, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ASEGURADO

La persona física con domicilio habitual en España, sobre la cual recae el seguro.

DOMICILIO HABITUAL

Se entiende por domicilio habitual del Asegurado el localizado en España que se hace constar en las Condiciones Particulares, y desde el que se realizan los desplazamientos cubiertos en el presente contrato.

DOMICILIO TEMPORAL

Se entiende por domicilio temporal del Asegurado, el localizado en cualquier país del mundo distinto a España, donde se encuentre residiendo temporalmente durante su desplazamiento profesional (laboral o de estudios), **excepto los excluidos del Ámbito Territorial del Seguro.**

FAMILIAR

Cónyuge o pareja de hecho debidamente inscrito en el correspondiente Registro Oficial, padres, suegros, hijos, abuelos, hermanos, nietos, yernos, nueras y cuñados del Asegurado.

ENFERMEDAD GRAVE

Toda alteración sobrevenida del estado de salud de un individuo que implique hospitalización y que imposibilite el inicio del viaje del Asegurado, impida su continuación en la fecha prevista, o conlleve riesgo de muerte.

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

Aquella alteración del estado de salud de un individuo sobrevenida durante el transcurso de un viaje cubierto por el contrato de seguro cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

EQUIPAJE

Conjunto de ropas y enseres propios para el uso y la higiene personal necesarios en el transcurso del viaje, contenido en el interior de la/s maletas/s.

EXTRANJERO

Se entiende por extranjero a efectos de las garantías, el país distinto al del Domicilio Habitual y/o nacionalidad del Asegurado.

Se considerará también al país de nacionalidad y/o pasaporte como extranjero, siempre exceptuándose España, únicamente cuando el Asegurado tenga Domicilio Habitual en España y se encuentre realizando por aquel país un desplazamiento profesional.

FAMILIAR DIRECTO CUBIERTO

Cónyuge, pareja de hecho debidamente inscrita en el correspondiente Registro Oficial, padres, suegros, hijos o hermanos del Asegurado.

HURTO

Sustracción de las cosas muebles ajenas, sin mediar violencia o intimidación en las personas ni fuerza en las cosas.

ROBO

Sustracción de las cosas muebles ajenas, con violencia o intimidación en las personas o empleando fuerza en las cosas.

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo, **excepto en Irán, Corea del Norte, Siria, Crimea y Venezuela.**

No se garantizará intervención de asistencia en aquellos países que aún reflejados en el ámbito territorial de la cobertura, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente. En este caso, la Entidad Aseguradora reembolsará aquellos gastos cubiertos y debidamente justificados mediante la factura original acreditativa.

Se considerará también al país de nacionalidad y/o pasaporte como extranjero, siempre exceptuándose España, únicamente cuando el Asegurado tenga Domicilio Habitual en España y se encuentre realizando por aquel país un desplazamiento profesional.

La asistencia será válida a partir de 35 Km. del Domicilio Habitual del asegurado, excepto Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla, en que será de 15 Km.

CONDICIONES GENERALES:

La persona física, asegurada en virtud del presente contrato de seguro, con domicilio habitual en España, tendrá derecho a la cobertura de las prestaciones que a continuación se detallan, con las condiciones y límites que igualmente se establecen, **como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el transcurso de un desplazamiento profesional (laboral o de estudios) del asegurado fuera del Domicilio Habitual identificado en la póliza, dentro del ámbito territorial cubierto, y con los límites señalados en el mismo.**

El derecho a las prestaciones de Asistencia en Viaje cesará una vez finalice el viaje que motivó el desplazamiento profesional del asegurado (laboral o de estudios) y éste regrese a su Domicilio Habitual.

PRESTACIONES CUBIERTAS

A.- ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

A1.- Gastos médicos en el extranjero.

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un desplazamiento profesional por el extranjero, ASISA

garantiza durante la vigencia del Contrato **y hasta un límite de 60.000 euros por período contratado y a cada Asegurado**, los gastos enumerados a continuación:

Honorarios médicos.

Medicamentos recetados por un médico o cirujano. Gastos de hospitalización.

Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

Taxi o cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA.

Para que tales gastos sean reembolsables se deberán presentar las correspondientes facturas originales y deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, así como cualquier otro dato que permita establecer el carácter de la enfermedad sobrevenida.

Los gastos odontológicos considerados de urgencia, excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, prótesis, fundas e implantes, quedan cubiertos dentro de los importes establecidos para esta garantía hasta el límite de 300 euros.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por ASISA a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.

B.- ASISTENCIA EN VIAJE INTEGRAL

Quedan cubiertas las prestaciones de Asistencia en Viaje Integral recibidas por el Asegurado en cualquier país en el que se encuentre por motivos laborales o de estudios, **quedando excluida su aplicación en España, con arreglo a lo establecido en el presente apartado.**

Quedan cubiertas las enfermedades preexistentes al alta del Asegurado en la póliza, **excepto las enumeradas en el apartado 1.- de las EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA EN VIAJE.**

B1. Asistencia hospitalaria.

Comprende el reembolso de los siguientes gastos derivados de la hospitalización del Asegurado:

a) Estancia hospitalaria: Uso de habitación de Asegurado y acompañante, y de manutención del Asegurado, **hasta el límite cuantitativo diario fijado en el cuadro incluido en el presente contrato.**

b) Estancia en: Unidad de vigilancia intensiva, Unidad de cuidados intensivos y Unidad de cuidados coronarios, (U.V.I., U.C.I. y U.C.C.), sin límite cuantitativo diario.

c) Honorarios médicos: De cirujanos, ayudantes, anestesistas y por consultas de especialistas, **con el límite por cada intervención según la clasificación en grupos de actos médicos descrita en el cuadro incluido en el presente contrato.**

d) Otros gastos hospitalarios: Generados por la asistencia sanitaria durante la hospita-

lización, tales como: derechos de quirófano, medicamentos y materiales, curas, rehabilitación y otros servicios sanitarios durante la estancia en un hospital.

e) Hospitalización en un centro psiquiátrico: hasta un máximo de 30 días por Asegurado y anualidad de seguro o por una misma enfermedad hasta el sublímite cuantitativo fijado en el cuadro incluido en el presente contrato.

f) Hospitalización sin cargo a la póliza: Si los gastos hospitalarios indicados en los anteriores apartados no fuesen a cargo de esta póliza, estando cubiertos, **el Asegurador abonará por cada día completo de hospitalización la cantidad fijada en el cuadro incluido en el presente contrato.**

g) Prótesis: cubriéndose los gastos de adquisición de una prótesis interna ósea, material de osteosíntesis, cardíaca (excluido el corazón artificial), vascular, oftalmológica, así como la prótesis de mama tras mastectomía radical, **hasta el sublímite anual fijado en el cuadro incluido en el presente contrato.**

h) Ambulancia: El Asegurador reembolsará los gastos por traslado necesario en ambulancia por carretera, **con el límite cuantitativo fijado en el cuadro incluido en el presente contrato.**

El límite por hospitalización se establece en 180 días por cada hospitalización y anualidad de seguro.

No se incluye en esta garantía de Asistencia Hospitalaria la atención al embarazo y al parto, ni la atención al recién nacido que se reflejan en una garantía diferente.

B2. Asistencia extrahospitalaria.

Comprende el reembolso de los siguientes gastos por la asistencia en la consulta del médico o en el domicilio del Asegurado si fuera necesario.

a) Consultas de:

- * Asistencia primaria: médico de medicina general, pediatría y puericultura, así como las intervenciones profesionales de A.T.S., diplomados en enfermería y fisioterapeutas.
- * Asistencia especializada: médicos especialistas.

En todas ellas con los límites de honorarios para consultas fijados en el cuadro incluido en el presente contrato.

b) Pruebas diagnósticas: Análisis clínicos, diagnósticos por la imagen, endoscopias y electrofisiología.

c) Tratamientos especiales, comprendiendo:

- * Tratamientos de rehabilitación funcional **con el límite de 60 sesiones por siniestro y por todos los siniestros ocurridos en una misma anualidad de seguro.**
- * Intervenciones quirúrgicas ambulatorias, **con los límites por honorarios médicos fijados en el cuadro incluido en el presente contrato.**
- * Quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia y litotricia.
- * Podología. **Limitado a seis sesiones al año, salvo patología del pie.**

d) Medicina preventiva:

- * Chequeo general a hombres y mujeres a partir de 45 años: **el reembolso de las cantidades pagadas con el sublímite cuantitativo fijado en el cuadro incluido en el presente contrato, cada dos años a partir de la segunda anualidad del Seguro hasta los 59 años de edad, y a partir de ésta edad, cada año hasta los 67 años.** Incluye:
 - Reconocimiento médico completo por sistemas y aparatos.
 - Análítica de sangre determinando los siguientes parámetros: Recuento, fórmula, velocidad de sedimentación, glucosa, colesterol total, ácido úrico y transaminasas (GOT y GPT).
 - Análítica de orina con determinación de densidad, sedimento y elementos anormales.
 - Electrocardiografía básica de reposo.
 - Por prescripción del médico examinador: radiografía de tórax en dos proyecciones.
- * Chequeo ginecológico para mujeres a partir de los 20 años: **el reembolso de las cantidades con el sublímite cuantitativo fijado en el cuadro incluido en el presente contrato, cada año a partir de la segunda anualidad del Seguro entre los 20 y los 67 años de edad.** Incluye:
 - Reconocimiento ginecológico completo, incluyendo exploración mamaria.
 - Citología [Papanicolaou].
 - **A partir de los 40 años**, por prescripción del médico examinador, se realizará una mamografía bilateral.

B3.- Maternidad y tratamiento del recién nacido.

a) Maternidad: El reembolso de los gastos de atención al embarazo y parto normal o con cesárea, **hasta la cantidad estipulada en el cuadro “Capital Total Garantizado - Asistencia en Viaje Integral.**

b) Tratamiento del recién nacido: Siempre que la cobertura del parto/cesárea haya sido asumida por ASISA, la Entidad Aseguradora reembolsará los gastos médicos y hospitalarios que precise el recién nacido **durante los 15 días siguientes a la fecha de su nacimiento, siempre que dentro de dicho plazo se tramite su alta como asegurado de ASISA en el mismo producto de seguro, y se pague la prima correspondiente.**

Si los gastos a que se refiere el párrafo anterior fueran debidos a faltas de maduración, defectos, deformidades o enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará como máximo durante el primer año de vida del recién nacido, y hasta la cantidad establecida en el cuadro “Capital Total Garantizado - Asistencia en Viaje Integral”.

El alta del recién nacido, como asegurado de ASISA, se tramitará con eliminación de los períodos de carencia aplicables en cada caso y sin valoración de Cuestionario de Salud, siempre que el parto/cesárea haya sido cubierto por ASISA y la solicitud se realice dentro de los 15 días siguientes a la fecha de su nacimiento. Para las altas solicitadas fuera del expresado período, así como para los nacidos en parto/cesárea no cubierto por la Entidad será exigible Cuestionario de Salud,

con valoración del riesgo y posibilidad de no aceptación de la contratación, y aplicación de los períodos de carencia establecidos en las Condiciones Generales que resulten de aplicación para cada seguro.

CAPITAL TOTAL GARANTIZADO – ASISTENCIA EN VIAJE INTEGRAL:

Hasta el límite correspondiente al Capital Total Garantizado para Asistencia en Viaje Integral por Asegurado y anualidad de seguro o por un mismo siniestro.

CAPITAL TOTAL GARANTIZADO	60.000 €
ASISTENCIA HOSPITALARIA	LIMITES
Estancia Hospitalaria por día	400,00 €
Estancia en UVI	Sin sublímite
Honorarios Médico-Quirúrgicos:	
Grupo 1: Cirugía menor	Sin sublímite
Grupo 2: Cirugía media	Sin sublímite
Grupo 3: Cirugía mayor	Sin sublímite
Grupo 4: Gran cirugía	Sin sublímite
Grupo 5: Procesos graves especiales	Sin sublímite
Honorarios médicos por consulta:	200,00 €
Prótesis	4.000,00 €
Hospitalización Psiquiátrica	3.600,00 €
Otros Gastos Hospitalarios	Sin sublímite
Hospitalización sin cargo a la póliza	90,00 €
Ambulancia	600,00 €
ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA	LIMITES
Consultas Médicas	Sin sublímite
Asistencia Primaria	Sin sublímite
Especialista	Sin sublímite
Pruebas Diagnósticas	Sin sublímite
Tratamientos Especiales	Sin sublímite
Medicina Preventiva	200,00 €
EMBARAZO Y TRATAMIENTO RECIEN NACIDO	LIMITES
Embarazo y Parto	8.000,00 €
Embarazo y Cesárea	10.000,00 €
Tratamiento del recién nacido	10.000,00 €

B4. Atención psicológica

ASISA cubrirá las consultas de psicología individuales prescritas por un médico, **cuya finalidad sea el tratamiento de patologías psicológicas, el diagnóstico psicológico simple o los test psicométricos, siendo los formularios a cargo del asegurado. Se establece un límite máximo de 4 consultas al mes y 20 consultas al año, con un reembolso máximo de 50 euros por consulta. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica (drogadicción, alcoholismo, ludopatía etc...).**

También queda excluida la logopedia, excepto tras una intervención quirúrgica, en cuyo caso se considerará rehabilitación.

C.- GARANTIAS MÉDICAS DE ASISTENCIA MÉDICA Y REPATRIACIÓN

C1.- Prolongación de estancia en hotel por Enfermedad Sobrevenida o Accidente
Cuando la naturaleza de la enfermedad sobrevenida o accidente no hiciera necesario el ingreso del Asegurado en clínica o centro hospitalario, ASISA abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, hasta un límite de 100 euros / día, durante un máximo de 10 días.

C2.- Traslado sanitario de enfermos y heridos

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado, con lesiones sobrevenidas al mismo, durante la vigencia del seguro y como consecuencia del desplazamiento profesional, ASISA, tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado.

Cuando el servicio médico de ASISA ordene el traslado del Asegurado a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su Domicilio Habitual o al propio Domicilio Habitual, ASISA tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica si fuera necesario, **efectuándolo según la gravedad del mismo:**

En avión sanitario especial.

En helicóptero sanitario.

En avión de línea regular.

En coche-cama primera clase.

En ambulancia.

El avión sanitario especial, sólo será disponible en el ámbito geográfico de Europa y Marruecos, Túnez, Argelia, Egipto, Israel, Líbano, Chipre y Malta.

Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico de ASISA, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.

Cuando el Asegurado trasladado o repatriado por causa de enfermedad o accidente sea menor de 18 años, se trasladará o repatriará con cargo a la aseguradora a un acompañante del Asegurado.

Si el Asegurado desea ser trasladado a un centro hospitalario cercano a su Domicilio Temporal o a su propio Domicilio Temporal en lugar de ser trasladado a un centro cercano a su Domicilio Habitual o a su propio Domicilio Habitual, ASISA se encargará de organizar dicho traslado, **siempre que el coste de este trayecto no sea superior al de la vuelta a su Domicilio Habitual. No obstante, no quedarán cubiertos los gastos derivados de la patología sufrida por el beneficiario si este toma la decisión de continuar al lugar de destino de su desplazamiento.**

C3.- Regreso de los Asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le traslade por enfermedad sobrevenida o accidente en aplicación de la prestación “Traslado sanitario de enfermos y heridos” o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida al resto de los Familiares Asegurados su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, ASISA se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de dicho domicilio o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión de línea regular (clase turista), tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA.

C4.- Envío de medicamentos al extranjero

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento cuyo principio activo no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, ASISA se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local.

El Asegurado tendrá que reembolsar a ASISA, a la presentación de la factura, el precio del medicamento.

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España y aquellos para los que exista un medicamento con el mismo principio activo en el país donde se encuentra el Asegurado.

C5.- Reincorporación del Asegurado a su origen por traslado sanitario

Si el Asegurado, ha sido objeto de repatriación sanitaria conforme a la garantía “Traslado Sanitario de enfermos y/o heridos” y no hace uso de la prestación “Sustitución de Personal”, y una vez recuperado tuviera que reincorporarse a su domicilio en el extranjero donde reside por el desplazamiento cubierto por el presente contrato y desde donde se originó el traslado sanitario a su domicilio habitual, ASISA tomará a su cargo el billete de regreso en tren, primera clase, o avión línea regular, clase turista.

C6.- Desplazamiento de un acompañante desde el Domicilio Habitual por hospitalización del Asegurado

Si el Asegurado, durante el desplazamiento profesional, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, ASISA pondrá un billete de avión línea regular, clase turista, o de tren, primera clase, ida y vuelta, o cualquier otro medio de transporte adecuado a disposición de una persona desde el domicilio habitual del Asegurado, para que pueda acompañarle.

C7.- Gastos de estancia de un acompañante por hospitalización del Asegurado

Cuando se haya realizado, por parte de ASISA, el desplazamiento de un acompañante en virtud de la prestación anterior, ASISA abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel del acompañante desplazado, previa presentación de las facturas originales correspondientes, **hasta un límite de 100 euros /día y hasta un máximo de 10 días.**

C8.- Regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar

En caso de defunción en España de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado, ASISA, **comunicado el hecho**, organizará y pondrá a disposición del Asegurado, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular, clase turista, o en tren, primera clase o en cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA, para asistir al sepelio, o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante también asegurado y hasta el lugar de inhumación del familiar fallecido en España.

Esta garantía será de aplicación siempre que no transcurran más de 7 días desde la fecha de fallecimiento y la fecha de inicio de regreso al país del Domicilio Habitual.

C9.- Regreso por hospitalización de un familiar

En caso de hospitalización en España por accidente o enfermedad grave de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado, **y siempre que esta se prevea superior a 5 días**, ASISA, **comunicado el hecho**, organizará y pondrá a disposición del Asegurado para su regreso, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista), en tren (primera clase) o en cualquier otro medio de transporte adecuado, o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante también asegurado y hasta el lugar de hospitalización.

C10.- Traslado de restos mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento profesional cubierto, ASISA organizará y tomará a su cargo el traslado de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

C11.- Acompañamiento restos mortales

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado, fallecido en un desplazamiento profesional cubierto, ASISA facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase) o avión clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

La aseguradora abonará en concepto de gastos de estancia del acompañante, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas correspondientes, **hasta un límite de 90 euros /día y hasta un máximo de 3 días.**

C12.- Sustitución de personal

En caso de repatriación sanitaria o por fallecimiento de un Asegurado desplazado en el extranjero, ASISA tomará a su cargo el traslado, **desde el país del Domicilio Habitual**, en tren, primera clase, o avión, clase turista, o cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA para otra persona que sustituya al Asegurado enfermo, accidentado o fallecido hasta el lugar donde éste se encontrara.

C13.- Gastos de terapia psicológica por secuelas de secuestro

Si el Asegurado sufre un secuestro durante su desplazamiento profesional, ASISA se hará cargo de los gastos ocasionados derivados del tratamiento psicológico prescrito, **hasta un límite de 300 euros o 6 meses de tratamiento, previa presentación de las facturas originales.**

C14.- Acompañamiento de menores o personas dependientes

Si los Asegurados en desplazamiento profesional viajaran con personas dependientes o menores de 14 años, también Asegurados y se encuentran en la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la póliza, ASISA organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, (en tren primera clase, avión línea regular clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado) de una persona residente en España designada por el Asegurado o por su familia, o de una persona designada por ASISA, al objeto de acompañar a los menores o personas dependientes en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

C15.- Envío de un chófer por causa médica

- A) **Si a causa de enfermedad sobrevenida o accidente el Asegurado queda imposibilitado para conducir su vehículo y ninguno de los pasajeros que, en su caso, le acompañen, le puede reemplazar, ASISA, previa autorización escrita del propietario del vehículo,** enviará un conductor cualificado para conducir el vehículo y a los Asegurados a su domicilio habitual en España a través del itinerario más rápido y directo. **El salario y el viaje del conductor serán a cargo de ASISA, siendo por cuenta del Asegurado los gastos de peaje, mantenimiento y carburante del vehículo, así como la propia manutención.**
- B) Si el Asegurado prefiere designar un conductor, ASISA se hará cargo del transporte del mismo desde el lugar de domicilio habitual del Asegurado hasta el lugar donde se encuentre el vehículo y abonará además **un importe de 50 euros por día en concepto de bolsa de viaje,** mientras dure el retorno por el itinerario más rápido y directo al domicilio habitual del Asegurado.

ASISA, quedando sometida a las legislaciones en materia de uso y circulación de vehículos de motor de los países de tránsito, podrá no prestar este servicio si el vehículo no cumple con los requisitos legales previstos en cada caso, o si el mismo presenta anomalías que impidan o desaconsejen su utilización. Si el vehículo tiene más de 5 años el servicio se prestará únicamente en la modalidad B).

C16.- Envío de documentos y objetos personales en el extranjero

ASISA organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentes, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I., pasaporte, documentos tales como escrituras, poderes notariales, contratos y todos aquellos que necesiten ser legalmente documentos originales). Esta garantía se extiende igualmente al envío a domicilio de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su desplazamiento profesional o recuperados después de un robo durante el mismo.

ASISA únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

C17.- Transmisión de mensajes urgentes (derivados de las garantías).

ASISA a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, **siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.**

C18.- Adelanto de Fondos

ASISA adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta un límite de 9.000 euros.**

ASISA solicitará del asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure del cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a ASISA en el plazo máximo de 30 días.

C19.- Servicio de intérprete en el extranjero

ASISA pondrá a disposición del asegurado un servicio de traducción telefónica en los principales idiomas (inglés, francés y alemán) y facilidades para contactar con intérpretes.

C20.- Servicio de Información

ASISA dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas sobre 24, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de informaciones médicas, de condiciones de viaje y de vida local, medios de transporte, alojamientos, restaurantes, etc.; información relacionada con el vehículo como talleres, gasolineras, compañías aseguradoras.

C21.- Gastos de comunicación

Reembolso de gastos, hasta un límite de 100 euros, en concepto de llamadas telefónicas, faxes o trámites similares derivados de la comunicación o tramitación de siniestros. Para hacer efectivo dicho reembolso, el asegurado deberá remitir las facturas originales o copia de las mismas, así como el justificante de pago, debiendo constar el detalle de los gastos en dichos documentos.

D.- GARANTIAS DE EQUIPAJES

D1.- Búsqueda y localización de equipaje

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, ASISA le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, ASISA lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, **siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.**

D2.- Demora del equipaje

Si la demora en la entrega del equipaje facturado, por causa del transportista, es superior a 6 horas o transcurre una noche por medio, se reembolsarán los gastos originados en el lugar donde se ha producido la demora, por la compra de artículos de uso personal necesarios **hasta un límite de 250 euros. Para que sean reembolsables dichos gastos se deberán presentar las facturas originales correspondientes, así como el justificante original de la demora expedido por la empresa transportista, la tarjeta de embarque original y justificante de la entrega del equipaje tras la demora por parte de la empresa transportista.**

Esta indemnización será deducible de la que corresponda al amparo de la prestación “Pérdida, daños y robo de equipaje” de llegar a producirse la pérdida definitiva.

No habrá lugar a esta garantía, si la demora o las compras de artículos de uso personal necesarios se producen en la provincia en la que el Asegurado tiene su domicilio habitual.

D3.- Pérdida, daños y robo de equipaje

Si en el transcurso de un desplazamiento profesional el equipaje facturado se pierde definitivamente o sufre un grave deterioro, ya sea por causa imputable a la Empresa transportista o por robo, ASISA garantiza el pago como indemnización **hasta un límite de 90 euros por objeto y un máximo de 900 euros.**

No se indemnizarán de forma independiente las partes integrantes o accesorios de un objeto.

Para poder acceder a la indemnización deberá acreditarse la pérdida o el daño producido mediante el justificante original facilitado por la Empresa Transportista, si la pérdida fuera debida a ella.

En caso de robo, será indispensable la presentación de la correspondiente denuncia formulada ante la autoridad local competente en el lugar de los hechos junto con la reclamación ante el Establecimiento Público si el robo se hubiera producido en el mismo.

En todos los casos será necesaria la relación detallada y valorada de los objetos robados, perdidos o dañados así como la tarjeta de embarque original.

Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, equipos electrónicos y digitales, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos o tiendas de campaña, así como cualquier tipo de equipaje que no haya sido facturado.

E.- GARANTIAS DE DEMORA EN VIAJE

E1.- Demora de viaje

Se garantiza el reembolso de los gastos reales y necesarios efectuados en el lugar donde se ha producido la demora, que se produzcan por demora en transportes públicos sujetos a horarios establecidos, **superior a 6 horas en el inicio del viaje, previa presentación de las facturas originales correspondientes y del justificante original de la demora, expedido por la compañía transportista y hasta un límite de 120 euros.**

Quedan excluidas de esta prestación las indemnizaciones por demoras producidas en vuelos no regulares.

E2.- Pérdida de conexión de vuelos

Cuando se produzca una pérdida en la conexión de los vuelos previstos **que suponga más de 6 horas de espera, por causas ajenas al Asegurado e imputables a las compañías aéreas, previa presentación del justificante original emitido por la compañía transportista, se reembolsarán los gastos reales y necesarios efectuados en el lugar donde se ha producido la pérdida de conexión, previa presentación de las facturas originales correspondientes y hasta un límite de 120 euros.**

Quedan excluidas de esta prestación las indemnizaciones por demoras producidas en vuelos no regulares.

F.- GARANTIAS DE ASISTENCIA LEGAL

F1.- Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido en el extranjero, ASISA le concederá **un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades correspondientes, hasta un límite de 12.100 euros.**

ASISA se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a ASISA en el plazo máximo de 30 días.

F2.- Pago de los gastos de asistencia jurídica efectuados en el extranjero

En aplicación de la prestación "Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero", ASISA abonará **hasta un límite de 610 euros para el pago en el extranjero de los honorarios de abogado y procurador surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada de un accidente de circulación.**

Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo rigiendo las mismas condiciones que en la prestación "Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero".

F3.- Asesoramiento y Gestión en sucesiones

ASISA realizará la gestión integral del proceso testamentario extrajudicial así como el asesoramiento previo al Asegurado. Esto incluye los siguientes servicios:

- a. Asesoramiento jurídico al Asegurado sobre el otorgamiento de testamento.
- b. Diseño, redacción, elaboración y, en su caso, intervención en el acto de la firma notarial.
- c. Atención personalizada al Asegurado y a los herederos/beneficiarios del Asegurado.
- d. Servicio permanente de asistencia jurídica telefónica en materia sucesoria.
- e. Obtención de todos los certificados necesarios:
 - Defunción.
 - Nacimiento.
 - Matrimonio o convivencia.
 - Fe de vida.
 - Registro de actos de últimas voluntades.
- f. Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:
 - Baja.
 - Auxilio por defunción.
 - Altas del cónyuge.
 - Altas de otros beneficiarios.
- g. Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.
- h. Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
- i. Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:
 - Copia del último testamento.
 - Declaración de herederos abintestato.
 - Apertura del testamento.
 - Determinación del caudal hereditario.
 - Adjudicación y partición de la herencia.
- j. Liquidación del Impuesto sobre el Incremento de valor de los terrenos de naturaleza urbana [plusvalía mortis causa].
- k. Liquidación del impuesto de sucesiones.
- l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

Todos los servicios anteriores, con excepción de los indicados en las anteriores letras a) y b), serán prestados igualmente a los herederos/beneficiarios del Asegurado.

Se excluyen los procesos testamentarios en los que se produzca un conflicto de intereses entre los beneficiarios, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de

defensor judicial, o declaración de herederos colaterales. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los beneficiarios del procedimiento sucesorio.

Este servicio se prestará de 9 a 18 h de lunes a viernes (excepto festivos). Los costes incluidos dentro del servicio son:

- Honorarios de abogados.
- Honorarios de gestores administrativos.
- Honorarios de procurador.
- Tasas por la obtención de certificados.
- Gastos de desplazamiento y mensajería.

Y los costes que no están incluidos dentro del servicio son:

- Impuestos de todo tipo.
- Honorarios de Notaría.
- Honorarios de Registros.
- Cualquier otro gasto o tasa no incluido entre los gastos asumidos por el asegurador.

F4.- Seguro de Responsabilidad Civil privada

El seguro garantiza a primer riesgo la indemnización **hasta un límite de 30.100 euros por daños personales, materiales y/o sus perjuicios consecuenciales causados por el Asegurado a un tercero y le puedan ser exigibles, conforme a la legislación vigente en el país correspondiente, por responsabilidad de naturaleza extracontractual.**

Queda expresamente excluida la responsabilidad civil profesional, la derivada del uso, utilización y circulación de vehículos, así como la derivada del uso o propiedad de artefactos y armas de cualquier tipo o naturaleza, así como las indemnizaciones a consecuencia de perjuicios económicos no derivados de un previo daño personal o material.

G.- GARANTIAS DE SEGURO DE ACCIDENTES

G1. Seguro de accidentes

ASISA garantiza la indemnización **hasta 30.000 euros**, por muerte o invalidez permanente absoluta del Asegurado, con motivo de un accidente ocurrido durante el período contratado.

Asegurado

A los efectos de la presente garantía, es la persona física sobre cuya vida o integridad corporal se establece el seguro, empleado de las empresas que contratan con ASISA el producto de asistencia y única y exclusivamente durante el curso de sus viajes de empresa.

El contrato queda resuelto, en todo caso, al finalizar el período del seguro en el que el Asegurado cumple los setenta años de edad.

Objeto del seguro – Riesgos cubiertos

1. Se garantiza el pago de las Prestaciones aseguradas que se establecen al producirse el acaecimiento de los riesgos previstos como consecuencia de un accidente:
 - Fallecimiento.
 - Invalidez Permanente.
2. La cobertura de los riesgos de esta póliza tiene lugar en todo el mundo.
3. Los siniestros de carácter extraordinario se indemnizan por el Consorcio de Compensación de Seguros de conformidad con lo establecido en la Ley.

Accidentes de Aviación

Quedan ampliadas las garantías de la póliza a los accidentes de aviación que sufra el Asegurado siempre que ocupe plaza como pasajero en las aeronaves que más adelante se especifican y con los mismos límites geográficos y capitales en muerte e invalidez permanente que los cubiertos en esta póliza. Comienza el riesgo en el momento en que el Asegurado pone el pie en la escalerilla del avión para emprender un vuelo y termina en el momento que pisa tierra una vez rendido el viaje.

Esta cobertura se garantiza en los siguientes medios de transportes:

- Aeronaves debidamente autorizados por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.
- Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial utilizadas exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.
- Aparatos de transportes de pasajeros que pertenezcan al Estado Español y organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

Se excluyen:

- **Los profesionales de aviación y/o toda persona cuando realice alguna misión a bordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc.) y en las aeronaves de Estado los militares en acto de servicio en las mismas.**
- **Personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.**
- **Personas transportadas en helicópteros y avionetas para fumigación, lucha contra incendios, servicios de salvamento aun cuando pertenezcan al Estado Español u organismos oficiales.**

Garantía de fallecimiento

1. Se garantiza el pago de la Prestación establecida por este riesgo si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente.
2. **Para los Asegurados menores de catorce años de edad o incapacitados, la Prestación de Fallecimiento se refiere a los gastos de sepelio efectivamente justificados y hasta el límite máximo señalado para dicha garantía.**

Garantía de Invalidez Permanente

1. Se entiende por Invalidez Permanente la irreversible situación física o mental del Asegurado a consecuencia de un accidente, determinante en forma absoluta o parcial de su ineptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

La determinación de la Invalidez Permanente es independiente de la profesión o actividad previa del Asegurado.

2. Se garantiza el importe que resulta de aplicar a la Prestación establecida por este riesgo, el porcentaje que corresponde según el siguiente baremo:

- Parálisis completa	100%
- Enajenación mental incurable	100%
- Ceguera absoluta	100%
- Pérdida total o inutilización absoluta de:	
• Ambos brazos, manos, piernas o pies; de un brazo y una pierna o un pie; o de una mano y un pie	100%
• El brazo o la mano	60% (dcho.) y 50% (izdo.)
• El dedo pulgar	20% (dcho.) y 16% (izdo.)
• El dedo índice	16% (dcho.) y 13% (izdo.)
• Uno de los demás dedos de la mano	8% (dcho.) y 7% (izdo.)
• El movimiento del hombro	25% (dcho.) y 20% (izdo.)
• El movimiento del codo	20% (dcho.) y 15% (izdo.)
• El movimiento de la muñeca	20% (dcho.) y 15% (izdo.)
• La pierna por encima de la rodilla	50%
• La pierna a la altura o por debajo de la rodilla, o del pie completo	40%
• El dedo gordo del pie	10%
• Uno de los demás dedos del pie	5%
• El movimiento de la cadera o de la rodilla	20%
• El movimiento del tobillo	20%
• El movimiento de la articulación subastragalina	10%
• Movimientos de la columna cervical, dorsal o lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
• El ojo o reducción no inferior a la mitad de la visión binocular	30%
• Si la visión del otro ojo ya estaba perdida antes del accidente	50%
- Acortamiento, no inferior a cinco centímetros, de la pierna	15%
- Fractura no consolidada de la pierna o del pie	25%
- Fractura no consolidada de la rótula	20%
- Ablación completa de la mandíbula inferior o pérdida total del maxilar inferior	25%
- Sordera completa de los dos oídos	40%
- Sordera completa de un oído	10%
- Si existía sordera completa del otro oído antes del accidente	20%

Si de acuerdo con las declaraciones de la póliza, el Asegurado es zurdo, se intercambian los porcentajes de invalidez considerados para los miembros derechos e izquierdos.

1. En los casos de invalidez no previstos anteriormente, el importe de la Prestación se determinará por analogía con el baremo de la póliza, proporcionalmente a su gravedad.
2. La pérdida funcional de un miembro u órgano se entiende equivalente a su pérdida anatómica. Si la pérdida anatómica o funcional es sólo parcial, el grado de invalidez a considerar se reduce proporcionalmente.
3. La invalidez permanente es valorada excluyendo los defectos o lesiones del Asegurado anteriores al accidente, considerando, sus causas, como padecidas por una persona de integridad física normal.
4. La suma de las Prestaciones por varios tipos de invalidez permanente no puede superar el importe total de la Prestación establecida por la garantía de Invalidez Permanente. Asimismo, la suma de varios tipos de invalidez de un mismo miembro u órgano no puede superar el importe de la Prestación establecida para su pérdida total.
5. El importe de las Prestaciones satisfechas por Invalidez Permanente a consecuencia del mismo accidente, se deduce de las Prestaciones a satisfacer por fallecimiento.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES

Si no se establece pacto expreso en contrario **están excluidos de las garantías del seguro:**

1. Los accidentes o lesiones que se derivan de:

- **Acontecimientos, enfermedades o padecimientos anteriores a la toma de efecto del seguro.**
- **Actos del Asegurado para la provocación intencionada del accidente.**
- **Imprudencia temeraria, negligencia grave y participación del Asegurado en apuestas, desafíos, riñas o actos delictivos, excepto las actuaciones en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- **Embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**
- **Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura que no se derivan de un accidente cubierto por el seguro.**
- **Fallo cardíaco, epilepsia, síncope, aneurismas, varices hernias y sus consecuencias.**
- **Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no están motivados por un accidente cubierto por el seguro.**
- **Reacción o radiación nuclear y contaminación radiactiva, excepto las consecuencias de tratamientos aplicados al Asegurado por un accidente cubierto por el seguro.**
- **Hechos de carácter político o social y fenómenos sísmicos o meteorológicos, de carácter extraordinario.**
- **Utilización de motocicletas de cilindrada superior a 75 c.c.**

- La práctica de cualquier deporte como profesional, así como, en todo caso, del ejercicio de: Deportes acuáticos a más de tres kilómetros de la orilla o costa y submarinismo; actividades aéreas y paracaidismo; automovilismo y motorismo; escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología; equitación y polo; boxeo, lucha y artes marciales; patinaje y hockey sobre hielo, y esquí; caza mayor fuera de España; toreo y encierro de reses bravas; así como otros deportes cuyo riesgo puede considerarse similar a los citados.

Las anteriores exclusiones deben entenderse sin perjuicio de la cobertura, en su caso, del Consorcio de Compensación de Seguros.

2. Las personas que en la toma de efecto del seguro han alcanzado la edad de sesenta y cinco años.
3. Las personas afectadas tanto en el efecto del seguro como durante su transcurso, por: Ceguera, parálisis, sordera, enajenación mental, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica o cualquier lesión, enfermedad crónica, minusvalía física o psíquica que disminuye su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

EXCLUSIONES GENERALES PARA ASISTENCIA EN VIAJE

Las presentes garantías cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado, por ASISA, hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a este.

Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización por parte de ASISA. En cualquier caso quedan excluidos de las garantías aseguradas (salvo que expresamente se incluya en la garantía) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

1. Quedan excluidas las enfermedades y situaciones enumeradas a continuación siempre que sean preexistentes: Intervenciones quirúrgicas pendientes, SIDA, Cáncer, Transplantes de órganos, Insuficiencia renal, Infarto de miocardio, Angina de pecho, Cardiopatía isquémica, Accidente cardiovascular, Artropatía crónica y Cirrosis hepática, así como sus secuelas y/o complicaciones, quedando excluidos los siniestros ocasionados a consecuencia de los defectos de nacimiento y de las enfermedades congénitas. Queda igualmente excluida la Diabetes insulino dependiente salvo que el diagnóstico de esta enfermedad sea posterior al alta en la póliza, en cuyo caso se asumirán las revisiones según las condiciones de la misma.
2. Todo tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la Póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento. La Acupuntura, la Homeopatía, las Curas Termales y la Organometría.
3. Los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores así como aquellos afines a estos, salvo lo recogido en el punto 2,c) de las Garantías Asistencia en viaje Integral del presente producto.
4. Medicina Preventiva no contemplada en el en el punto 2,d) de las Garantías

Asistencia en viaje Integral del presente producto, así como todo tipo de tratamiento preventivo, las vacunas y los medicamentos, a excepción de los suministrados en caso de ingreso hospitalario.

5. Enfermedades mentales o nerviosas, salvo la cobertura psiquiátrica descrita en el punto 1,e) de las Garantías Asistencia en viaje Integral del presente producto. En ningún caso se amparan el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia, los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, las terapias de grupo, test psicológicos, curas de sueño, así como los tratamientos experimentales o no reconocidos o no avalados suficientemente por la comunidad científica correspondiente.
6. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.
7. Los gastos médicos, salvo lo recogido en las Garantías Asistencia en viaje Integral del presente producto, derivados de enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del desplazamiento profesional que se manifiesten en el transcurso del mismo, salvo que la enfermedad, lesión o afección hubiera sido tratada con anterioridad (durante la misma anualidad de la póliza) por ASISA.
8. Aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica.
9. Todo tipo de tratamientos sobre procesos de los dientes y de las encías, salvo los necesarios con motivo de un accidente cubierto por la Póliza que afecte a otros órganos distintos de la cavidad oral. En ningún caso se cubren las prótesis odontológicas.
10. Los gastos de adquisición, alquiler, mantenimiento y reparación de todo tipo de prótesis y aparatos ortopédicos y terapéuticos ni la adquisición de ninguna prótesis distinta a las descritas en el punto 1,g) de las Garantías Asistencia en viaje Integral del presente producto. Los gastos de gafas o lentillas.
11. Órganos o tejidos no artificiales, pudiendo quedar cubierta la intervención quirúrgica necesaria para su trasplante.
12. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por ASISA y acordado por su servicio médico.
13. Autolesiones, suicidio e intento de suicidio.
14. Las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional, actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, erupciones volcánicas y en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza, así como las consecuencias de daños nucleares tal como se definen en la Ley de Energía Nuclear, y por contaminaciones de carácter catastrófico, y epidemias declaradas como tales.
15. Enfermedades profesionales así definidas en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la participación del Asegurado en actividades profesionales, deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, tales como:

actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, rafting, hidrospeed, barranquismo, vuelo delta, deportes aéreos en general, toreo, halterofilia, boxeo, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, carreras organizadas con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes. En estos casos ASISA sólo intervendrá y tomará a su cargo los gastos médicos de urgencia producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.

16. El abono de gastos por asistencias sanitarias prestadas por el cónyuge, hermanos, ascendientes o descendientes de un Asegurado.
17. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas así como las determinaciones del mapa genético que tienen como finalidad el estudio de las causas de infertilidad y esterilidad de la pareja.
18. Se excluye cualquier acto médico para el tratamiento de la infertilidad. Diálisis y hemodiálisis.
19. Los tratamientos de tipo puramente estético (cirugía plástica, esclerosis de varículas, tratamientos cosméticos, curas de adelgazamiento, tratamiento de la obesidad). No así la cirugía reparadora tras accidente.
20. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
21. Rescate de personas en montaña, sima, mar o desierto.
22. Actos dolosos del Tomador, Asegurado o causahabiente de estos.
23. Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.
24. Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos.
25. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 30 Euros.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

Las prestaciones definidas anteriormente deberán efectuarse bajo petición expresa del asegurado a través del Asegurador teléfono nº 34.91.514.36.11, fax nº 91.514.99.50, telegrama, verbalmente o por correo.

El Asegurado facilitará la siguiente información: nombre y apellidos, nº de póliza de ASISA, lugar donde se encuentra, dirección y teléfono, naturaleza de la asistencia que precisa o índole de su problema. El Asegurador garantiza la prestación de los servicios con la mayor diligencia y durante las 24 horas del día, incluidos domingos y festivos.

En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo impida.

Para la tramitación del reembolso de gastos puede dirigirse a una de las dos siguientes direcciones:

- <https://asisa.eclaims.europ-assistance.com>, donde podrá acceder a “TRAMITACIONES ON LINE” para crear su propia solicitud de reembolso y hacer el seguimiento del expediente.
- Apartado de Correos 36316 - 28020 MADRID.

En todos los casos será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales.

SUBROGACIÓN

La Entidad Aseguradora se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra toda persona responsable de los hechos y que hayan motivado su intervención. Cuando las garantías realizadas en ejecución del presente Contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra entidad Aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, ASISA quedará subrogada en los derechos y acciones del Asegurado frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con ASISA prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que pudiera considerar necesario.

En cualquier caso, ASISA tendrá derecho a utilizar o a solicitar del Asegurado la entrega del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) no utilizado por éste, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo de ASISA.

RESPONSABILIDAD

Acaecido un siniestro, ASISA no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el asegurado, contrarias a sus instrucciones o las de su Servicio Médico.

LÍMITES GARANTIZADOS

Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones aseguradas en la cobertura de Asistencia en Viaje, se entienden como importes máximos acumulables durante la anualidad del seguro.

NORMAS DE CONTRATACIÓN

- Podrá ostentar la condición de asegurado del presente contrato la persona con domicilio habitual en España que, por motivo profesional (laboral o de estudios) se desplace al extranjero, donde tendrá su domicilio temporal, así como los familiares directos que deban acompañarlo en dicho desplazamiento. Se consideran familiares directos el cónyuge o pareja de hecho (inscrita en Registro de Pareja de Hecho) e hijos.
- El desplazamiento del asegurado al extranjero por motivo profesional deberá resultar documentalmente acreditado por el tomador/asegurado con carácter previo a la contratación, y durante su vigencia, siempre que sea requerido al efecto por parte de ASISA. La acreditación se realizará mediante la presentación del correspondiente contrato de trabajo (laboral) o resguardo de matrícula o inscripción (estudios).
- Será causa de resolución automática del contrato, con independencia del momento de vigencia en el que se encuentre, no presentar la documentación acreditativa del motivo de desplazamiento requerida por ASISA o cuando el desplazamiento no obedezca a las razones de tipo profesional (laboral o por estudios) que motivaron la aceptación del contrato de seguro.
- En todo caso, el presente contrato quedará extinguido al término de la anualidad en la que el asegurado (o la persona a la que acompañe en su desplazamiento al extranjero) regrese a España tras finalizar el motivo de su desplazamiento profesional (laboral o de estudios) al extranjero o por cualquier otro motivo.

CONTRATO DE SEGURO ASISA INTERNACIONAL INTEGRAL (120.000)

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

El Tomador del seguro declara haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales del Contrato y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos y Normas de Contratación, destacadas **en letra negra**, incluidas en dichas Condiciones Generales por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

....., de.....de

Firmado: N° Póliza:.....



CONTRATO DE SEGURO ASISA INTERNACIONAL INTEGRAL (120.000)

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

El Tomador del seguro declara haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales del Contrato y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos y Normas de Contratación, destacadas **en letra negra**, incluidas en dichas Condiciones Generales por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

....., de.....de

Firmado: N° Póliza:.....



RECORTE POR LA LÍNEA DE PUNTOS Y
DEVUÉLVALO FIRMADO



| 900 10 10 21
| asisa.es