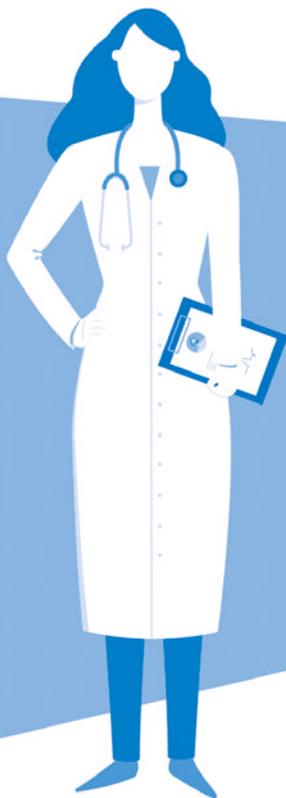


Condiciones Generales

Asisa Salud Autónomos



ÍNDICE

CLAUSULA PRELIMINAR.....	5
DEFINICIONES	5
CONDICIONES.....	7
Primera: Objeto y límite del Seguro	7
Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas	7
Tercera: Prestaciones excluidas	14
Cuarta: Prestación y utilización de los servicios	15
Quinta: Duración del Contrato de Seguro	18
Sexta: Pago y actualización de Primas	19
Séptima: Obligaciones y Deberes del Tomador y/o Asegurado	20
Octava: Facultades del Tomador y/o Asegurado	21
Novena: Facultades del Asegurador	22
Décima: Pérdida de Derecho, Indisputabilidad del Contrato y Nulidad del mismo.	22
Decimoprimera: Comunicaciones	22
Decimosegunda: Reclamaciones y Prescripción	23
Decimotercera: Ámbito del Seguro	23
Décimocuarta: Protección de Datos de Carácter Personal	23
Décimoquinta: Exoneración de Responsabilidad	24
ANEXO I	25
ANEXO II	26
ANEXO III.....	27
ANEXO IV	28

CONDICIONES GENERALES ASISA SALUD AUTONOMOS

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por lo previsto en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y por lo establecido en el R.D. 1060/2015 de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Forman parte integrante del contrato la siguiente documentación: Documento de Información de Producto y Nota Informativa Previa a la contratación; Solicitud de Seguro, Cuestionario de Salud, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales (en su caso), así como sus Anexos, Apéndices y Suplementos. Las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados sólo tendrán validez si han sido especialmente aceptadas por el Tomador. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Corresponde al Ministerio de Economía y Empresa de España a través de su Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entenderán 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: Documento de Información de Producto; Nota Informativa Previa a la Contratación; 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 sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada anualmente.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados publicada por la Entidad para cada provincia, con su dirección, teléfono y horario disponible en las delegaciones de la Entidad, en www.asisa.es y en la App de Asisa. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y urgencias. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros 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. Los datos que figuran en el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que antes de la prestación del servicio sea confirmada la pertenencia del profesional o centro sanitario al Cuadro Médico para el mismo y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad.

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.

Dolencia previa: 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.

Enfermedad preexistente: Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

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

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

Indisputabilidad del contrato: Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su formalización o de la inclusión de nuevos asegurados, 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.

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 sanitaria 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 sanitaria 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, conjunta-

mente 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 Vital: Aquella situación producida por la aparición súbita de un cuadro clínico o patología cuya naturaleza y síntomas entrañen un inminente y grave riesgo para la vida o un daño irreparable para la integridad física de la persona, y que requiera de una inmediata y urgente atención sanitaria.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO

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 médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, **siempre que se trate de técnicas de diagnóstico y tratamiento 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, tanto técnicas de tratamiento y diagnóstico ya existentes en el momento de la contratación y no cubiertas en el mismo así como las nuevas que puedan surgir en la práctica médica, previa comunicación al tomador en cada renovación del contrato.

La Entidad se hará cargo, siempre que se cumplan las previsiones de este contrato, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados. **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

La Entidad pone a disposición del Asegurado un Cuadro Médico en el que figuran los Servicios de Urgencia, relación de médicos de las diferentes especialidades, Enfermería, otros profesionales de la Sanidad y Centros Sanitarios concertados. Para el caso de desplazamiento también figuran en el Cuadro Médico la Red Nacional de urgencias y de oficinas provinciales de la Entidad.

En el caso de que, de conformidad con lo dispuesto en los siguientes apartados, 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 prima/copago, reserva o inexactitud en el Cuestionario de Salud, etc.].

1.- Servicio de Urgencia

En cada capital de provincia la Entidad pondrá a disposición del asegurado un servicio de urgencia domiciliaria las veinticuatro horas del día así como un servicio permanente de urgencias hospitalarias. En el Cuadro Médico que se entrega al Asegurado figuran los números de teléfono donde se debe requerir cualquier servicio y los centros donde debe acudir en caso de urgencia.

2.- Medicina General

El Asegurado podrá elegir libremente su médico de cabecera de entre los que figuran en el Cuadro Médico; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado, cuando las circunstancias lo requieran.

3.- Pediatría

Se podrá elegir libremente el Pediatra de entre los que figuran en el Cuadro Médico, para la asistencia de los Asegurados hasta los 14 años de edad; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

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

4.- Medicina Especializada

El Asegurado podrá elegir libremente el Médico especialista, de entre los que figuran en el Cuadro Médico, de las siguientes especialidades:

- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- 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
- Geriatria
- 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
- Radiodiagnóstico
- Reumatología
- Urología

Cuando la Entidad no disponga de profesionales 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.

5.- Enfermería

Este servicio se prestará en consultorio o, si el Asegurado lo precisara, a domicilio, previa prescripción del médico de la Lista de Facultativos que esté tratando al Asegurado.

6.- Podología

El servicio de Podología que incluye (consulta y/o cura podológica) se presta solo en consultorio.

7.- Medios de Diagnóstico

Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico de la Lista de Facultativos. Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

Análisis clínicos: Hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, , citología y cariotipos (*) así como los estudios genéticos (*).

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, radiología vascular (*), ecografía, mamografía, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) (*), R.M.N. (Resonancia Magnética) (*), estudios gammagráficos (*), SPECT (*), P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) **(exclusivamente para aquellas patologías oncológicas en las que está aprobado el marcador FDG, incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales) (*)**.

Aparato Circulatorio: Electro y Fonocardiograma. Ecocardiograma, Doppler, Cateterismo (*), 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) (*)**.

Neurofisiología: Electroencefalograma, Ecoencefalograma, Electronistagmografía, Electromiografía, Electrorretinografía, Medida de la velocidad de conducción nerviosa. Estudios polisomnográficos 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, Ecografía, Monitorización, 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, Fluoresceingrafía, Campimetría, Ecografía, OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) Campimetría, Ecografía.

Podología: Se incluye el Estudio biomecánico de la marcha (*) previa prescripción por especialista de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Entidad.

Urología: Uretrocistoscopia, Cistoscopia, Ureteroscopia, Estudios Urodinámicos (*).

La prescripción escrita de los anteriores medios de diagnóstico por el médico de la Lista de Facultativos de la Entidad deberá ser visada y autorizada expresamente por la Entidad con carácter previo a su realización excepto los de Análisis Clínicos y Radiología convencional.

(*) Para estos Medios Especiales de Diagnóstico se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)

Siempre se realizarán previa prescripción e informe de un médico especialista en la materia, perteneciente al Cuadro Médico. Se requiere autorización expresa por la Entidad con carácter previo a su realización.

Estos servicios comprenden:

Aerosoles, Ventiloterapia y Oxigenoterapia a domicilio (mediante una sola fuente de oxígeno).- (Ia 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).

Láser Quirúrgico.- Para Otorrinolaringología, Ginecología, Proctología (para Hemorroides, fístulas y fisuras anales y perianales, condilomas y pólipos rectales), 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.

Litotricia extracorpórea.- Para tratamiento de la Litiasis renal.

Medicina Nuclear.-

Oncología.- Quimioterapia (incluye los medicamentos quimioterápicos oncológicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unida-

des 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**), Cobaltoterapia, Radioterapia, incluida la Radioterapia de Intensidad Modulada, así como la Braquiterapia para el tratamiento del cáncer de próstata, ginecológico, genital y de mama (**no son de cobertura la Radiocirugía Esterotóxica, la Tomoterapia ni otras formas especiales de Radioterapia**).

Radiología Intervencionista.

Reconstrucción mamaria, exclusivamente tras mastectomía por neoplasia (incluyendo prótesis de mama en caso necesario). 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.- Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, Foniatría. Se incluyen los tratamientos de Ortóptica y Pleóptica

Riñón artificial y diálisis peritoneal.- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.

Tratamiento del dolor.

(*) Para todas estas Técnicas Especiales de Tratamiento se establece un Periodo de Carencia de 6 meses).

9.- Hospitalización

La Hospitalización se hará siempre en centros propios o concertados por la Entidad, incluidos en el Cuadro Médico, en habitación individual con cama de acompañante, salvo imposibilidad manifiesta.

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, este contrato cubre los gastos de quirófano, anestesia, exploraciones complementarias, medicación, transfusiones y tratamiento del proceso.

En todos los casos, la orden de internamiento deberá ser formulada por el facultativo responsable que deberá ser un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico, y autorizada con carácter previo por la Entidad. La permanencia en régimen de Hospitalización no tiene límite de estancias y dependerá de si, según criterio del médico de la Lista de Facultativos, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

Estos servicios incluyen:

- **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 procedimientos de cirugía ambulatoria, que no requieren hospitalización. **En régimen de Hospital de Día no es de cobertura la medicación, salvo la medicación quimioterápica oncológica intravenosa o intravesical administrada en unidades de Oncología.**

- **Hospitalización por maternidad:** asistencia al parto o cesárea y puerperio, asistida por Tocólogo y Matrona. Incluye la anestesia también en partos normales.

- **Hospitalización pediátrica.**

- * Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto.
- * Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en Centro Especializado (Neonatología, Incubadora).

- * Hospitalización por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica. 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 a la póliza de la madre, hasta un máximo de 30 días desde la fecha de su nacimiento; para continuidad asistencial, es imprescindible el alta del recién nacido en ASISA dentro del citado período, según lo previsto en el apartado c) de la Condición General Octava.

- **Hospitalización por motivo quirúrgico.**

- **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 de forma ambulatoria con las técnicas correctas y precisen internamiento.

- **Hospitalización Psiquiátrica.**- Para enfermos mentales afectados de procesos agudos y recuperables. En estos casos no se incluye cama de acompañante. **Se establece una limitación de 50 días de Hospitalización por año natural.**

- **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 Vital o partos prematuros).

10.- Cirugía Ambulatoria

Incluye cualquier intervención diagnóstica o terapéutica realizada por un médico especialista en un centro propio o concertado, autorizado y que requiere normalmente una sala de intervenciones.

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses. Requiere previa autorización expresa por parte de la Entidad.

11.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

El servicio de ambulancia concertado con la Entidad trasladará al enfermo al centro donde le deban prestar los servicios que necesite, o de éste a su domicilio, siempre que un médico de la Lista de Facultativos lo ordene por escrito y concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan utilizar los servicios de transporte ordinario (servicios públicos, taxi o vehículo particular).

12.- Prótesis e Implantes

La Entidad previa autorización expresa, cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales de las prótesis y los implantes que se detallan a continuación: Las prótesis internas, esqueléticas y cardiovasculares, y el material para osteosíntesis (**excluidos los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo**), las prótesis de mama incluidos los expansores (**exclusivamente tras mastectomía por neoplasias**), las prótesis testiculares, así como los coils para embolizaciones, las lentes intraoculares para el tratamiento de la catarata (**no son de cobertura las lentes bifocales, multifocales, tóricas o correctoras de defectos de refracción de cualquier tipo**) y las mallas sintéticas de pared abdominal o torácica (**no son de cobertura las mallas biológicas**).

Se excluyen los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular, las prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, las prótesis de pene y escroto, los expansores de piel y las prótesis que no sean de práctica quirúrgica general en la Sanidad Pública, y 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 anterior. No son de cobertura los factores de crecimiento plaquetarios ni los tratamientos de cualquier tipo con células madre.

13.- Planificación Familiar

Incluye consulta, vasectomía, ligadura de trompas e implantación del DIU, incluido el coste del dispositivo. Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad.

Se establece un período de carencia de 6 meses.

14.- Preparación al parto

Se establece un período de carencia de 6 meses.

15.- Trasplantes

Quedan cubiertos por la Entidad, previa autorización expresa, los gastos derivados de la realización de trasplantes de cualquier órgano. **En el caso de trasplante de córnea, el coste de la misma será por cuenta del asegurado.**

La obtención y el trasplante de órganos solo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente.

La Entidad no asume la gestión de la obtención del órgano a trasplantar.

16.- Estomatología y Odontología .

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

17.- 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 por especialista en psiquiatría del cuadro médico de la Entidad.

No serán de cobertura por la Entidad los test psicológicos, la psicopedagogía, la psicoterapia de grupo y de pareja, la narcolepsia ambulatoria, ni la hipnosis.

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses, siendo el número máximo de sesiones cubiertas por la Entidad de 20 sesiones por año natural para el conjunto de enfermedades cubiertas por esta prestación, salvo en Trastornos de la conducta Alimentaria, anorexia y bulimia cuyo límite será de 40 sesiones por año natural.

18. Segunda Opinión

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

19.- 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.

20 . Asistencia en Viaje

El Asegurado con residencia en España tendrá, tanto en España como en el Extranjero, la cobertura de Asistencia en Viajes, cuyas condiciones figuran en el Anexo IV.

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

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

TERCERA: PRESTACIONES EXCLUIDAS

Quedan excluidas de la cobertura de este seguro:

- 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 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, 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, toreo, escalada, montañismo, barranquismo 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). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).**
- 7. Los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 7 (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, la ortodoncia y la endodoncia, así como las pruebas previas para 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 17 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria.**
- 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 aunque esté indicada en los términos previstos por la legislación vigente.**

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. Así mismo se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación en enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.

13. Los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.

14. La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica 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 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 8 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.

17. La radiocirugía esterotáxica, 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 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.

20. 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.

21. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad.

CUARTA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Derecho a la asistencia.

El ejercicio de los derechos comprendidos en el contrato corresponde al Asegurado, siendo dicho ejercicio personal e intransferible.

Al requerir los servicios que procedan, el Asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a la Entidad (Tarjeta Magnética), el D.N.I. (las personas obligadas a poseerlo) y el recibo de estar al corriente de pago.

La asistencia se prestará preferentemente en la Provincia donde resida el Asegurado.

La Entidad no se hará cargo del coste de ninguna prestación que no sea prescrita y realizada por profesionales del Cuadro Médico en centros y servicios propios o concertados por la misma. Se exceptúan las prestaciones por motivo de Urgencia Vital siempre que se sometan a la autorización de la Entidad, dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

2. Participación del Asegurado (Copago)

Se conviene la participación del Asegurado en el coste de los servicios o Copago, por cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado mediante la utilización de la tarjeta magnética, de acuerdo con lo previsto en las condiciones particulares y/o especiales.

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. 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. Asistencia primaria

El asegurado podrá elegir libremente al profesional de Medicina General, Pediatra y Enfermería aunque se recomienda elegir alguno de los más próximos a su domicilio con el fin de que la asistencia domiciliaria y en consulta pueda ser lo más rápida y cómoda posible.

El Pediatra de Cabecera atenderá a los Asegurados hasta la edad de 14 años cumplidos.

Para el servicio de Enfermería, se precisa orden escrita del facultativo del Cuadro Médico que hace la prescripción, indicando si ha de realizarse en consulta o a domicilio, así como la duración del mismo.

5. Asistencia domiciliaria

La Entidad se compromete a facilitar la prestación de asistencia sanitaria al Asegurado desplazado a cualquier provincia del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades en que existan Centros concertados, suministrando, a estos efectos, una relación de sus Delegaciones y Subdelegaciones, y de las oficinas de Entidades colaboradoras en las provincias en que no existe Delegación, a las cuales debe dirigirse el Asegurado para conocer los Centros en que puede ser atendido a cargo del presente contrato.

La asistencia domiciliaria de los Especialistas no podrá ser requerida directamente por el Asegurado, sino que precisará la prescripción escrita del Médico de la Lista de Facultativos.

La asistencia domiciliaria de los Especialistas no podrá ser requerida directamente por el Asegurado, sino que precisará la prescripción escrita del Médico del Cuadro Médico.

6. Asistencia Especializada

La atención especializada se prestará preferentemente en la Provincia donde resida el Asegurado. La que no fuera posible efectuar en su Provincia, se prestará preferentemente en el lugar más próximo al domicilio del Asegurado, donde la Aseguradora disponga de esos servicios, respetando siempre la libertad de elección del Asegurado. Los gastos de desplazamiento serán **siempre** a cargo del Asegurado.

El Asegurado podrá acudir directamente a la consulta del Especialista, según lo establecido para cada caso en el Cuadro Médico.

Los datos que figuran en el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad.

7. Servicios de Urgencia

La utilización de los Servicios de Urgencia de la Entidad, deberá efectuarse mediante llamada telefónica o acudiendo directamente al centro o centros establecidos al efecto. Siguiendo las instrucciones específicas que para cada demarcación geográfica figuran en el Cuadro Médico que se pone a disposición del Asegurado.

8. Asistencia a Desplazados

La Entidad se compromete a facilitar la prestación de asistencia sanitaria al Asegurado desplazado a cualquier provincia del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades en que existan Centros concertados, suministrando, a estos efectos, una relación de sus Delegaciones y Subdelegaciones, y de las oficinas de Entidades colaboradoras en las provincias en que no existe Delegación, a las cuales debe dirigirse el Asegurado para conocer los Centros en que puede ser atendido a cargo de la presente Póliza.

9. Medios de Diagnóstico y Tratamiento

Como norma general, cualquier medio de diagnóstico o tratamiento, a los que da derecho el presente contrato., deberá ser prescrito por un médico especialista en la materia del Cuadro Médico de la Entidad, en el documento que tenga reconocido para esta finalidad.

La prescripción escrita de determinados medios de diagnóstico y técnicas de tratamiento deberá ser visada y autorizada expresamente por la Entidad con carácter previo a su realización. En el caso de técnicas especiales de tratamiento, además de la citada prescripción, será necesario acompañar un informe del médico prescriptor para la autorización en la Entidad.

10. Hospitalización

La Hospitalización, así como la asistencia en Hospital de Día habrán de ser prescritas en todo caso por el médico especialista en la materia del Cuadro Médico de la Entidad que vaya a tratar al Asegurado. En la prescripción deberá figurar el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. Este escrito deberá ser presentado en las oficinas de la Entidad para la correspondiente autorización previa. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro propio o concertado con la Entidad y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por el contrato.

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

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.

La Entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalizaciones en Centros no concertados, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, 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 Urgencia Vital. Una vez lo permita la situación médica del

asegurado, éste deberá ser trasladado a un Centro propio o concertado. En caso de asistencia urgente en un Centro Sanitario Público (perteneciente al Sistema Nacional de Salud o integrado en el mismo), la Entidad únicamente asumirá el coste derivado de la misma en el supuesto de que el asegurado no se encuentre afiliado a cualquier régimen de la Seguridad Social o no tenga derecho a Sanidad Pública.

Se considera situación de Urgencia Vital justificativa de la utilización de Centros no concertados, aquella en la que se haya producido en el Asegurado una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato.

Las autorizaciones de internamiento en Centros hospitalarios facilitadas por la Entidad tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordena el ingreso, o por las medias estadísticas de cada proceso estimados por la Entidad.

Para obtener una o más prórrogas de los días de Hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlo de la Entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones al respecto. En ningún caso se aceptará como motivo de estancia o de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

La permanencia en régimen de Hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar y continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en aquella ya no es indispensable.

La Entidad se reserva el derecho a modificar la organización administrativa y de los servicios asistenciales, para mejorar su eficacia y optimizar la relación calidad-precio de las prestaciones.

QUINTA: DURACIÓN DEL CONTRATO DEL SEGURO

El seguro se estipula por el período 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 con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

En el supuesto de que el contrato de seguro sea resuelto por voluntad unilateral de Asisa, no podrá suspender la prestación de la cobertura cuando el Asegurado se encuentre en tratamiento en régimen hospitalario, 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, 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.

SEXTA: PAGO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS

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 ella, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, 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 de cualquier recibo, 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.

Las partes contratantes convienen que el Asegurado amparado por este contrato participe 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, pudiendo ser su importe actualizado anualmente por la Entidad en cada renovación del contrato, mediante comunicación al Tomador.

El cobro de los copagos se efectuará de forma periódica por la Entidad mediante recibo domiciliado en la cuenta designada por el Tomador para el pago de la prima, aunque, en aquellos casos en que así se acuerde, será cobrado en la domiciliación bancaria facilitada por el asegurado a dichos efectos.

La Entidad facilitará al tomador/asegurado un resumen del importe de los copagos correspondientes a los servicios utilizados.

Lo establecido en la presente Cláusula SEXTA, para el caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o fracciones de ella, será de aplicación en caso de impago por parte del tomador o asegurado (en su caso) del importe de los copagos, al considerarse parte de la prima.

En consecuencia, en caso de impago de los copagos por parte de Tomador o del Asegurado (en aquellos casos en que así se haya acordado), la Entidad podrá reclamar su importe al Tomador, quien como obligado al pago de la prima, responderá del cumplimiento de dicha obligación frente a ASISA.

La prima de cada asegurado se calcula en base a los factores de riesgo objetivo 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. 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 al tomador 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 el resultado 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 dirección postal y electrónica identificadas en el contrato, así como el resto de datos facilitados a la Entidad a efectos de comunicaciones en los ocho días siguientes a producirse.
- 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, que establece 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 perso-

nas 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.

J) 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) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, la Aseguradora podrá rescindir o finalizar el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de dicha situación. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la 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.

b) 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.

c) 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.

d) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento del asegurado, la Entidad podrá resolver el contrato si 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.

e) 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

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

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, 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 reservas o inexactitud.

Si no se hubiere practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza 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 el Asegurado, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la Póliza. Si se realizan al agente de seguros mediador 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 y artículo 12.1 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

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 autoriza a Asisa a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley no lo impida.

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 derecho-habientes 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 la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, un modelo de reclamación en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación. 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).

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 prestación de Asistencia en Viaje.

DÉCIMOCUARTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, los datos de carácter personal del interesado, incluidos los datos de salud, serán tratados por ASISA (ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U que actuará como responsable de tratamiento. Asimismo, estos datos podrán ser comunicados entre dicha Entidad y los médicos,

centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, identificados como prestadores de servicios sanitarios en el Cuadro Médico elaborada por la Entidad o en su sitio web www.asisa.es. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

La base para el tratamiento de los referidos datos personales se encuentra en la ejecución del contrato entre el interesado y ASISA. Asimismo, dichos datos personales se conservarán durante la vigencia del contrato y, posteriormente, siempre que el interesado no haya ejercitado su derecho de supresión, serán conservados teniendo en cuenta los plazos legales que resulten de aplicación en cada caso concreto, teniendo en cuenta la tipología de los datos, así como la finalidad del tratamiento.

En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a la Entidad, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula.

ASISA garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, así como la limitación y la portabilidad de los datos en los términos que establece la normativa vigente de protección de datos personales, dirigiendo un escrito con la referencia "Protección de Datos" a la Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027 Madrid, o bien mediante correo electrónico a la dirección DPO@grupoasisa.com. En ambos casos, el interesado deberá facilitar junto al escrito correspondiente una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad".

Por último, se informa al interesado de que éste podrá consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisa.es

DÉCIMOQUINTA: 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 fludeoxiglucosa (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 atiende, 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. Transplante 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 y siempre que el solicitante aporte la información médica suficiente (diagnóstica y de tratamiento) para poder someterlos a expertos de reconocido prestigio.

Para solicitar esta prestación deberá llamar al teléfono 91 075 71 95 donde le indicarán la documentación de pruebas e informes médicos que, junto con un cuestionario que le facilitarán, referente al primer diagnóstico establecido deberá enviar a la dirección que le indiquen.

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 de la póliza de asistencia sanitaria.

Asimismo, los pacientes que cumplan los criterios anteriores dispondrán de dos nuevos servicios llamando al número de teléfono indicado anteriormente.

ORIENTACIÓN MÉDICA

Permitirá resolver dudas médicas las 24 horas del día a través de la consulta con médicos. Si usted ha 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.

APOYO PSICOEMOCIONAL

Además, telefónicamente, usted 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 de nuestro equipo 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, dichas pruebas deben ser prescritas y realizadas por facultativos de la lista de la Entidad).

Pediatría: Comprende los exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabolopatías 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 su Ginecólogo le indique.

- En la prevención del cáncer de mama se recomienda la realización de una mamografía cada 2 años en mujeres mayores de 50 años (su Ginecólogo, no obstante, le indicará 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 2 con periodicidad anual y después cada 3-5 años, según las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas. En función de sus características particulares, su Ginecólogo puede indicarle 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 de su Cardiólogo.

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 su Cardiólogo 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, su Urólogo 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

GARANTIA DE ASISTENCIA EN VIAJE, CONDICIONADO GENERALCONDICIONADO

La persona física, asegurada en virtud de contrato de seguro de asistencia sanitaria de Asisa, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U., con residencia en España, tendrá derecho a las coberturas que a continuación se detallan, las condiciones y limitaciones que igualmente se establecen:

ASEGURADO

La persona física residente en España sobre la cual recae el seguro de asistencia sanitaria de Asisa.

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.

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.

Con respecto a los vehículos, se considerará accidente un hecho violento, súbito, externo e involuntario que cause daños al vehículo objeto de cobertura.

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

Únicamente estará cubierta por el presente contrato, salvo que se especifique expresamente, 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.

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.

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo.

Se excluyen en todo caso, aquellos países que 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.

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.

ÁMBITO TEMPORAL

Las prestaciones posteriormente definidas serán válidas con carácter anual, siempre que el tiempo de permanencia fuera de la residencia habitual no sea superior a 90 días consecutivos, por viaje o desplazamiento. Esta limitación no regirá cuando el desplazamiento sea dentro del territorio español.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado acaecido durante el transcurso de un viaje por el extranjero, la aseguradora garantiza durante la vigencia del Contrato

y hasta un máximo de 14.000 Euros, por asegurado y viaje, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos designado a su libre elección.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

Para que tales gastos sean reembolsables, se deberá presentar la correspondiente factura original que deberá ir acompañada del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad.

Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a **120 euros por persona y viaje**.

2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad o accidente no hiciera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, la aseguradora abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, **hasta 60 euros por día y persona enferma o accidentada**.

3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado durante la vigencia del Contrato, y como consecuencia de desplazamiento del lugar en que radica su domicilio habitual, la aseguradora tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado.

Cuando el servicio médico de la aseguradora ordene el traslado del Beneficiario a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su domicilio habitual en España, la aseguradora tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica, 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.

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 una vez recuperado desea continuar con su desplazamiento, y el estado de salud de aquel lo permite, la aseguradora se encargará de organizar su traslado hasta el lugar de destino de su desplazamiento, 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.

4. Regreso del asegurado en caso de defunción de un familiar

En caso de defunción en España del cónyuge, pareja de hecho, padres, hijos, abuelos, nietos, yernos, nueras, cuñados o hermanos del asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por el presente contrato, la aseguradora, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo para asistir al sepelio, un billete de ida y

vuelta en avión de línea regular, clase turista, o en tren, primera clase, o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante inscrito en las condiciones particulares y hasta el lugar de inhumación en España.

5. Transporte de restos mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento cubierto por el presente contrato, la aseguradora organizará y tomará a su cargo el transporte de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España en el término municipal de su residencia 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.

Si el fallecido fuera acompañado de persona o personas menores de edad o discapacitados, la aseguradora pagará los gastos de transporte, de ida y vuelta de un familiar que les acompañe en su regreso.

6. Acompañamiento de restos mortales.

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, la aseguradora facilitará a la persona que designen los causa-habientes, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) o avión clase turista desde España, para acompañar el cadáver 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 90 euros/día, y hasta un máximo de 3 días.**

7. Desplazamiento de un familiar

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días o de tres días en el caso de menores o discapacitados, y ningún familiar directo se encuentra a su lado, la aseguradora pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un miembro de la familia o persona designada por ésta, con domicilio habitual en España, para que pueda acompañarle.

Si la hospitalización del Asegurado se produce durante un desplazamiento fuera de su domicilio habitual, la aseguradora, abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas correspondientes **hasta 60 euros por día y hasta un máximo de 10 días.**

8. Regreso anticipado de un acompañante en caso de fallecimiento o traslado sanitario de enfermos y heridos.

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por Enfermedad Sobrevenida o Accidente en aplicación de la prestación "Traslado sanitario de enfermos y heridos", o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida a los acompañantes del Asegurado su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de un acompañante hasta el lugar de su Domicilio Habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase).

9. Acompañamiento de menores y discapacitados

Si los asegurados que viajen con hijos menores o discapacitados, se encuentran en la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad o accidente, cubierto por el contrato de seguro, o son repatriados por la aseguradora, ésta última organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el asegurado o su familia, o de una azafata de la aseguradora, al objeto de acompañar a los menores o discapacitados en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

10. Envío de medicamentos

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

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España.

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

11. Búsqueda y localización de equipaje

En caso de que el asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, la aseguradora le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, la aseguradora lo expedirá hasta el domicilio habitual del asegurado en España o en el desplazamiento, siempre que se pueda acceder al mismo, cuando no sea necesaria la personalización del propietario para su recuperación, en cuyo caso se le prestará la necesaria asistencia y colaboración.

12. Transmisión de mensajes urgentes

La aseguradora 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.

13. Responsabilidad Civil

El seguro garantiza a primer riesgo la indemnización de **hasta 4.000 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.

14. Servicio de Información

La aseguradora dispondrá para sus asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas todas los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de precauciones 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, etc.

15. Adelanto de Fondos

La aseguradora adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta el límite de 9.000 Euros**. La aseguradora solicitará al Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a la aseguradora en el plazo máximo de 30 días.

16. Servicio de Intérprete

La Aseguradora pondrá a disposición del asegurado un servicio de traducción telefónica en los principales idiomas (inglés, francés y alemán) y le facilitará el contacto con intérpretes en el país en el que se encuentre.

17. Orientación médica telefónica

Este servicio consistirá en la resolución de dudas de carácter médico que pudiera

tener el Asegurado acerca de interpretación de análisis clínicos, medicamentos, etc. El servicio médico de la aseguradora aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado hacia el medio sanitario que considere mejor, si fuera necesario. En ningún caso el servicio de orientación médica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno.

Para los casos más graves y urgentes la aseguradora podrá activar los servicios de asistencia sanitaria necesarios, priorizando los servicios públicos de urgencia, siendo por cuenta del Beneficiario los gastos que se ocasionen como consecuencia de este servicio.

Este servicio se prestará a petición del Asegurado y en horario de 9:00 a 21:00 todos los días.

18. Asesoramiento en sucesiones.

La aseguradora 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 a los beneficiarios.
 - 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. Tramitación de la carta de pago.
 - k. Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales.
 - 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 Beneficiarios de los asegurados.

En caso de producirse un conflicto de intereses entre los Asegurados, la aseguradora limitará sus servicios al asesoramiento telefónico de carácter general a todos los Asegurados.

19. Trámites administrativos para la obtención de visados

La Aseguradora, a petición del Asegurado se encargará de gestionar la documentación necesaria para solicitar el visado correspondiente. Las tasas consulares, intermediarios (en el caso de que sean necesarios) y mensajería serán a cargo del Asegurado.

En función del visado que se solicite, tanto la documentación como las tasas requeridas son diferentes. Asimismo, en función del país, también varía la duración del visado en función del país. En todos los casos hay que cumplimentar un formulario de solicitud y presentar la documentación.

- Tipos de Visados en los diferentes países:
- De turismo
- De Negocios
- De estudios
- De trabajo
- De periodista temporal
- Colectivos
- De viajes privados
- De tránsito
- Especiales (por motivos excepcionales)
- De Cortesía
- De residencia
- De trabajo y residencia
- Simples: que permiten una sola entrada
- Múltiples: que permite varias entradas durante 6 meses. (Reino Hachemita, Jordania)

20. Cancelación de Tarjetas

La Aseguradora procederá, en el menor tiempo posible, a realizar los trámites necesarios para la cancelación de tarjetas bancarias y no bancarias, emitidas por terceras entidades en España, como consecuencia de robo, hurto o extravío de las mismas.

El Asegurado deberá facilitar personalmente los siguientes datos: DNI, tipo de tarjeta y entidad emisora.

En cualquier caso será necesaria la presentación de la correspondiente denuncia antes las autoridades competentes.

21. Bloqueo del teléfono móvil

En caso de notificación por parte del Asegurado del robo o pérdida de su teléfono móvil, la Aseguradora procederá a comunicar dicha circunstancia al operador correspondiente solicitando el bloqueo del terminal.

La Aseguradora **no será responsable de los usos indebidos en ningún caso.**

EXCLUSIONES

Quedan excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización, salvo los supuestos de imposibilidad material debidamente acreditada, quedan, en todo caso, sujetas a las exclusiones señaladas a continuación:

1.- Enfermedades, lesiones o dolencias previas o crónicas, padecidas por el asegurado con anterioridad a la firma del Contrato o de su renovación o prórroga así como aquellas que se manifiesten durante la vigencia del mismo y con anterioridad al inicio del viaje salvo la primera asistencia de urgencia o hasta la estabilización del asegurado.

2.- Enfermedades mentales.

3.- Revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos; curas termales y cirugía estética.

4.- Los casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica en el extranjero.

5.- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y que se produzca durante los primeros 150 días de gestación.

6.- La participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

7.- La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo como:

- Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.
- Deportes aéreos en general.
- Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.

8.- Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del asegurado.

9.- Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.

10.- Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.

11.- Actos dolosos del Tomador, asegurado, o causahabiente de estos.

12.- 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.

13.- Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

Con independencia de lo anterior, quedan particularmente excluidas las siguientes situaciones:

1.- El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas “in situ”.

2.- Los gastos de gafas, lentillas y muletas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo.

3.- Los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos prescritos y/o recetados en España aunque sean consecuencia de enfermedades o accidentes sobrevenidos en el extranjero y aquellos de importe inferior a 6 euros.

TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

Las prestaciones definidas anteriormente, serán efectuadas bajo petición expresa del asegurado al nº 34 915 143 611 o mediante fax nº 34 915 149 950.

El Asegurado llamará a cobro revertido, si así lo desea al número anterior indicando: nombre y apellidos, nº de póliza de asistencia sanitaria de **Asisa**, lugar donde se encuentra, dirección y teléfono, naturaleza de la asistencia que precisa o índole de su problema, para garantizarle 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 el reembolso de cualquier gasto podrá dirigirse a <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 trámite, o al apartado de correos 36316 (28020 Madrid). En todos los casos será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales.

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

Todas las cantidades pagadas por la aseguradora o el coste de los servicios prestados, a petición de los asegurados y que en virtud de este contrato no sean a cargo de la aseguradora, constituyen adelantos aceptados por los asegurados que se obligan a reembolsarlos a la aseguradora en el plazo máximo de 30 días, contados a partir del requerimiento que a este efecto les haga la aseguradora.

En estos casos y en todas aquellas otras prestaciones en las que la aseguradora adelante un pago por cuenta de los asegurados, ésta se reserva el derecho a solicitar del mismo un aval o garantía suficiente que lo cubra antes de iniciar la prestación del servicio.

SUBROGACIÓN

La aseguradora se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención. Cuando las prestaciones realizadas en ejecución del presente contrato sean cubiertas en todo o en parte por una entidad aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, la aseguradora 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 la aseguradora prestando cualquier ayuda u

otorgando cualquier documento que se pudiera considerar necesario, sin gasto para el asegurado.

En cualquier caso la aseguradora tendrá derecho a solicitar del asegurado la exhibición o entrega del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) detentado por este, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo de la aseguradora.

PÓLIZA DE ASISA SALUD AUTÓNOMOS

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

El Asegurado o, en su caso, el tomador del seguro en nombre del Asegurado manifiesta haber recibido un ejemplar de las Condiciones Generales del Contrato de las pólizas anteriormente descritas y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos, destacadas en **letra negrita**, incluidas en dichas Condiciones Generales así como las Normas de Contratación si las hubiere por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

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

Firmado: N° Póliza:.....



PÓLIZA DE ASISA SALUD AUTÓNOMOS

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

El Asegurado o, en su caso, el tomador del seguro en nombre del Asegurado manifiesta haber recibido un ejemplar de las Condiciones Generales del Contrato de las pólizas anteriormente descritas y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos, destacadas en **letra negrita**, incluidas en dichas Condiciones Generales así como las Normas de Contratación si las hubiere por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

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

Firmado: N° Póliza:.....





Asisa **Contrata**
900 10 10 21