ASISA **SALUD**

Condiciones Generales



ÍNDICE

CLÁUSULA PRELIMINAR 5
DEFINICIONES 5
CONDICIONES 9
Primera: Objeto y límite del seguro 9
Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas 11
Tercera: Prestaciones excluidas 34
Cuarta: Utilización de los servicios 41
Quinta: Duración del contrato de seguro 44
Sexta: Condiciones económicas del seguro 45
Séptima: Obligaciones y deberes del tomador y/o asegurado . 48
Octava: Facultades del tomador y/o asegurado 51
Novena: Facultades de la Entidad Aseguradora 52
Décima: Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo 53
Decimoprimera: Comunicaciones 54
Decimosegunda: Reclamaciones y prescripción 55
Decimotercera: Ámbito del seguro 56
Decimocuarta: Protección de datos de carácter personal 56
Decimoquinta: Exoneración de responsabilidad 63
ANEXO I 64
ANEXO II 66
ANEXO III 69
ANEXO IV 72

CONDICIONES GENERALES ASISA SALUD

CLÁUSULA PRELIMINAR

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

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

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

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entenderá por:

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

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

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

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

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

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados para el producto de seguro contratado, organizado por provincias, que la Entidad pone a disposición del asegurado a través de las oficinas de sus Delegaciones, en www.asisa.es y en la App de Asisa.

El contenido de la información relativa a los proveedores sanitarios que figuran en el Cuadro Médico puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y prestación de los servicios, se confirme que el profesional o centro sanitario está concertado para ello

por ASISA y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad a través de los diferentes canales de información disponibles.

Tomador y asegurado quedan informados, y asumen, que los profesionales y los centros sanitarios que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia.

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

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

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

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

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

Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al pro-

fesional sanitario o centro médico concertados por ASISA por la utilización de determinados servicios cubiertos por este seguro, cuando así se indique de manera expresa.

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

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

Hospitalización: La permanencia de un asegurado en un Hospital durante un mínimo de 24 horas.

Periodo de Carencia: Periodo de tiempo durante el cual, no se cubren algunas de las prestaciones establecidas en la cobertura del contrato. Los Periodos de Carencia establecidos se computan desde la fecha de inicio del contrato o desde la fecha de alta de un nuevo asegurado.

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

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

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

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

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

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

Urgencia: Situación que por la patología o síntomas requiere una atención sanitaria sin demora.

Urgencia Vital: Situación en que se haya producido de forma brusca o repentina una patología cuya naturaleza y síntomas hagan presumible un riesgo inminente o muy próximo para la vida del asegurado, o un daño irreparable para su integridad física de no llevarse a cabo una actuación terapéutica inmediata.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO

El presente es un contrato de seguro de enfermedad en la modalidad de asistencia sanitaria a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad.

Por tanto, dentro de los límites y condiciones estipulados en el contrato, y previa firma de éste y del pago de la Prima, la aseguradora pondrá a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, una amplia oferta de profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia sanitaria en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de este seguro,

siempre que se trate de medios o técnicas reconocidas por la práctica médica habitual en el momento de suscribir el presente contrato.

La Entidad se reserva la posibilidad de incorporar al contrato y repercutir en la prima o precio del seguro, tanto técnicas de tratamiento, medios de diagnóstico ya existentes en el momento de la contratación y/ o cubiertos en el mismo, así como las nuevas que puedan surgir en la práctica médica, previa comunicación al tomador o contratante en cada renovación del contrato. **En consecuencia, no podrán considerarse incluidas en la cobertura del presente contrato de seguro aquellas prestaciones, cuya incorporación no haya sido expresamente comunicada por la Entidad.**

La Entidad se hará cargo directamente, siempre que se cumplan las previsiones de este contrato, del coste de la asistencia que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios concertados presten al asegurado, quien deberá utilizar el medio de identificación/pago que la Entidad le indique. **En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en 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, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del contrato, que en todo caso será prestada a través de los medios concertados por la Entidad, según el Cuadro Médico aplicable al presente producto de seguro.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

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

1.- Servicio de Urgencia

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

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

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

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

2.1.- Medicina General y Familiar.

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

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

2.2.- Pediatría

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

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

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

2.3.- Enfermería

Este servicio se prestará en consultorio o en el propio domicilio del asegurado (siempre que sea posible), si este

lo precisara, **cuando por razón de su patología no pueda desplazarse.** En cualquier caso, se requiere prescripción previa del médico de la Lista de facultativos de ASISA que esté tratando al paciente, con indicación del tratamiento y duración del mismo.

3.- Medicina Especializada

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

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

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

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

4.- Medios de Diagnóstico

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

En aquellos servicios marcados con un asterisco (*) en

este apartado, se requiere, además, autorización previa y expresa por parte de la Entidad y se establece un período de carencia de 6 meses.

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

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

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

Se incluyen, además, los estudios genéticos para identificación de las dianas terapéuticas en procesos neoplásicos **(*)**, **cuya determinación sea exigida en la ficha técnica del medicamento antitumoral elaborada por la autoridad sanitaria correspondiente.**

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

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

y Obstetricia. **Además de la prescripción se requiere informe del prescriptor.**

No son de cobertura los estudios genéticos para identificación de portadores (salvo estudio de portador y alteraciones en el BRCA 1 y BRCA 2 por riesgo de cáncer de mama familiar en las indicaciones recogidas en las guías clínicas), estudios presintomáticos o para consejo genético, estudios familiares, genealógicos o de filiación o identificación, ni los estudios para diagnóstico genético prenatal (excepto el ADN fetal en sangre materna en las condiciones señaladas anteriormente) o para diagnóstico genético preimplantacional.

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

Anatomía Patológica: Se incluyen los estudios anatomopatológicos generales (biopsias, citologías y estudios inmunohistoquímicos), así como aquellos estudios genéticos (moleculares) **(*)** imprescindibles para el diagnóstico de determinadas enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos y para identificación de dianas terapéuticas, **en las condiciones y con los límites y exclusiones que se detallan en el apartado de Estudios Genéticos.**

No son de cobertura las necropsias o autopsias.

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, Radiología vascular o intervencionista diagnóstica **(*)**, ecografía, Doppler, elastografía hepática, mamografía, mamografía digital, T.C. o T.A.C. **(*)** (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) **(se excluye el T.A.C. espectral)**, R.M.N. (Resonancia Magnética; incluye R.M.N. cardiaca,

Entero-Resonancia y R.M.N. multiparamétrica de próstata) **(*)**, Resonancia 4D **(*)** (Cardio-resonancia con Estrés Marcológico y Resonancia de Perfusión Cardiaca). Densitometría ósea, estudios gammagráficos **(*)**, SPECT **(*)** y SPECT-TC **(*)**, P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones), PET-TC **(*) (exclusivamente para aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas en las que está aprobado el marcador FDG por la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios, de acuerdo con la ficha técnica del mismo), incluidas en el Anexo I de las presentes Condiciones Generales (*).** Se incluye el PET-RM **(*) (Exclusivamente para aquellas patologías oncológicas pediátricas y para patologías oncológicas cerebrales del adulto, en las que está aprobado el marcador FDG por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, de acuerdo con la ficha técnica del mismo).**

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

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

Las exploraciones endoscópicas requieren autorización previa por parte de la Entidad.

Neurofisiología Clínica: Electroencefalograma, Ecoencefalograma, Electronistagmografía, Electromiografía, Electrorretinografía, Medida de la velocidad de conducción nerviosa. Estudio polisomnográfico **para síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS), patología respiratoria y enfermedades neuromusculares, narcolepsia y otras hipersomnias y crisis comiciales o epilepsia (*).**

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

Oftalmología: Retinografía, Angiofluoresceingrafía, OCT (Tomografía de coherencia óptica), Campimetría, Ecografía, Paquimetria Corneal y Biometria Ocular.

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

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

Se incluye la Biopsia de próstata por fusión de Imágenes, **exclusivamente cuando exista alta sospecha clínica de cáncer de próstata y una resonancia magnética multiparamétrica positiva, con identificación de una lesión clasificada como PI-RADS 4 o 5, asociada a PSA elevado o en ascenso significativo y tacto rectal sospechoso. Asimismo, se incluye cuando, tras una biopsia previa negativa, persista una alta sospecha clínica de cáncer de próstata y la resonancia magnética multiparamétrica identifique una lesión PI-RADS 4 o 5.**

5.- Técnicas Especiales de Tratamiento.

Todas las técnicas especiales de tratamiento requie-

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

Además, en todos los casos se requiere autorización previa expresa por la Entidad y se establece un periodo de carencia de 6 meses, excepto cuando se realicen en régimen de hospital de día o de hospitalización, que será de 8 meses.

Estos servicios comprenden:

Aerosoles, Ventiloterapia y Oxigenoterapia a domicilio mediante una sola fuente de oxígeno **(la medicación será por cuenta del Asegurado)**. Se incluyen los trata-mientos 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 cardíaco con o sin angioplastia, estudio electrofisiológico cardíaco terapéutico (ablación de la conducción AV, vías accesorias o taquicardias ventriculares).

Asimismo, queda cubierto el tratamiento de las arritmias auriculares y de la fibrilación auricular mediante las técnicas convencionales (crioablación o radiofrecuencia), **en los centros concertados designados y autorizado previamente por ASISA para dichas prestaciones, mediante el abono por parte del asegurado de una franquicia de 5.000 euros.**

Aparato Digestivo: Se incluye la Resección Mucosa vía endoscópica (Mucosectomía).

Cirugía Bariátrica: **Exclusivamente para pacientes de entre 18 y 60 años con un índice de masa corporal mayor de 42, o mayor de 37 que presentan enfermedades graves en relación con la obesidad (según guías clínicas), con una historia clínica de al menos cinco años de obesidad mórbida y en los que hayan fracasado los tratamientos médicos previos.**

Cirugía con Robot Da Vinci: **Exclusivamente para las especialidades de Urología y de Cirugía General y del Aparato Digestivo (exclusivamente para colectomía total y colectomías segmentarias); en los centros concertados designados y autorizado previamente por ASISA para dichas prestaciones, mediante el abono por parte del asegurado de una franquicia de 7.000 euros en la especialidad de Urología y de 12.000 euros en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.**

Cirugía oncológica de la mama.- Será de cobertura la Reconstrucción mamaria (**exclusivamente tras mastectomía por neoplasia**, incluyendo expansores y prótesis de mama en caso necesario, así como técnicas de colgajo DIEP o TRAM y prótesis del complejo areola-pezón. 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.**

Cirugía profiláctica de mama.- **Exclusivamente en casos de mujeres con antecedentes familiares, con sospecha de posible riesgo de cáncer de mama y estudio genético previo positivo, según guías clínicas; en los centros concertados designados y autorizado previa-**

mente por ASISA para dichas prestaciones, mediante el abono por parte del asegurado de una franquicia de 5.000 euros. Queda cubierto el estudio genético (según guía clínica).

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

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

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

Monitorización neurofisiológica: Será de cobertura **únicamente en las cirugías en las que esté claramente identificado un riesgo sobre estructuras nerviosas durante la intervención.**

Neuronavegación: Será de cobertura **únicamente para intervenciones sobre encéfalo e intervenciones de patología de columna con riesgo de lesión medular o de estructura nerviosa.**

Oncología.- Quimioterapia (incluye los medicamentos quimioterápicos antineoplásicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unidades de Oncología en régimen de hospital de día; **no son de cobertura las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal**), Radioterapia, incluida la Radioterapia de Intensidad Modulada, así como la Braquiterapia **para el tratamiento del cáncer de próstata, ginecológico, genital y de mama.** Se incluye la Radiocirugía estereotáxica o estereotáctica **exclusivamente para tumores localizados en el sistema nervioso central** (**no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáxica para otras patologías, la Radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Radioterapia Intraoperatoria, la Protonterapia o Terapia con protones, ni otras formas especiales de Radioterapia).**

Radiología Intervencionista terapéutica.-

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

También son de cobertura:

- La rehabilitación de suelo pélvico.
- La rehabilitación vestibular.
- La rehabilitación cardiaca.
- El drenaje linfático **únicamente en caso de alte-**

raciones originadas por procesos y tratamientos oncológicos.

- En Logopedia/Foniatría se cubren **exclusivamente los tratamientos de patologías del lenguaje y articulación de la voz, recuperables y derivadas de procesos orgánicos hasta la estabilización del proceso. No son de cobertura los tratamientos de trastornos del aprendizaje, dislexia, disgrafia o discalculia**.
- Se incluyen los tratamientos de Ortóptica y Pleóptica.

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

Tratamiento del dolor.- **No son de cobertura las bombas implantables para perfusión de medicamentos ni los electrodos y dispositivos para estimulación medular o cerebral.**

Tratamientos en cámara hiperbárica.- Se incluye en las siguientes indicaciones: enfermedad descompresiva, embolia gaseosa arterial, intoxicación grave por monóxido de carbono, gangrena gaseosa, infecciones necrotizantes en tejidos blandos, radionecrosis mandibular, radionecrosis en tejidos blandos, osteomielitis crónica refractaria, lesiones por aplastamiento con isquemia, injertos y colgajos comprometidos y determinadas quemaduras graves.

6.- Otros servicios

6.1.- Podología:

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

6.2.- Psicoterapia:

Para el tratamiento de las enfermedades relacionadas

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

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

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

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

6.3.- Planificación Familiar:

Incluye consulta, vasectomía, ligadura de trompas e implantación del DIU, incluido el coste del dispositivo (se cubre el DIU hormonal). Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón).

Se establece un período de carencia de 6 meses.

6.4.- Preparación al parto:

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

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

6.5.- Estomatología y Odontología:

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

6.6.- Segunda Opinión

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

6.7.- Medicina Preventiva

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

7.- Hospitalización y Hospital de Día

a) Hospitalización:

La Hospitalización, que tendrá lugar siempre en centro concertado por la Entidad Aseguradora, incluye habitación individual con cama de acompañante, **salvo imposibilidad manifiesta, y salvo en los casos de hospitalización psiquiátrica, neonatológica o en Unidad de Cuidados**

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

Es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que debe ser un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios y autorizada por la Entidad Aseguradora de manera expresa con carácter previo a su ocurrencia.

En la prescripción deberá figurar el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro concertado al efecto por la Entidad Aseguradora y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por el presente contrato.

En los casos en que la Hospitalización se produjera con carácter de urgencia, bastará con la prescripción escrita del médico del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios o el informe de ingreso del Centro, y **se deberá comunicar la circunstancia a la Entidad Aseguradora en el plazo de siete (7) días, recabando la correspondiente autorización para que vincule económicamente a la Entidad Aseguradora.**

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

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

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

No se encuentran cubiertos los gastos derivados de hospitalización en centro no concertado (privado o público) por la Entidad Aseguradora, aunque hayan sido prescritos por profesionales pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, salvo que se hayan originado por causa de urgencia vital. En estos supuestos, se deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de siete (7) días.

Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produjo la situación de urgencia vital. Una vez lo permita la situación médica del asegurado, éste

deberá ser trasladado a un Centro concertado, previa coordinación con la Entidad Aseguradora.

La cobertura de Hospitalización incluye:

- Hospitalización por maternidad: asistencia al parto o cesárea y puerperio, asistida por Tocólogo y Matrona pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Incluye la anestesia también en partos normales.

- Hospitalización pediátrica: **solamente para niños hasta los 14 años, inclusive.**

· Atención del recién nacido, a indicación del pediatra, desde el mismo momento del parto.

· También se incluye la hospitalización por motivo médico o quirúrgico en centro concertado por la Entidad Aseguradora, incluyendo, en caso necesario, el ingreso del recién nacido (Neonatología, Incubadora). Cuando la edad del niño y el Centro lo permitan, el enfermo podrá estar acompañado.

Siempre que el parto/cesárea haya sido cubierto por la Entidad, el recién nacido tendrá derecho a hospitalización pediátrica, exclusivamente por motivo médico, con cargo al contrato de seguro de la madre, hasta un máximo de treinta (30 días) desde la fecha de su nacimiento. En consecuencia, para obtener la cobertura de la Entidad fuera del expresado período o por motivos distintos a la hospitalización por motivo médico (por ejemplo, asistencia quirúrgica, cualquiera que sea el régimen asistencial en el que se preste: hospitalización, hospital de día, ambulante, consultorio, etc.), es imprescindible el alta del recién nacido como asegurado de la Entidad a través del presente producto de seguro (u otro seguro de asistencia sanitaria con coberturas idénticas o superiores), dentro

del citado período, según lo previsto en el apartado b) de la cláusula octava.

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

- Hospitalización por motivo médico (que no precisa intervención quirúrgica).

Para tratamiento de los procesos que, a juicio del especialista del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios, no puedan tratarse en el domicilio o de forma ambulatoria con las técnicas correctas y precisen internamiento.

- Hospitalización Psiquiátrica: **únicamente para tratamiento de pacientes con procesos psiquiátricos agudos o crónicos reagudizados y que sean recuperables.**

En estos casos no se incluye cama de acompañante. Se establece una limitación de cincuenta (50) días de Hospitalización por anualidad de seguro.

- Hospitalización en unidades especializadas: como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidad Coronaria. **En estos casos no se incluye cama de acompañante.**

b) Hospital de Día:

Incluye asistencia hospitalaria para procedimientos médicos y quirúrgicos, con o sin anestesia, y con permanencia registrada del paciente por un período inferior a 24 horas.

En régimen de Hospital de Día para tratamiento médico o psiquiátrico **no se encuentra cubierta la medicación, salvo la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica, con citostáticos, intravenosa o intravesical administrada en unidades de Oncología.**

Es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que debe ser un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios y autorizada por la Entidad Aseguradora de manera expresa con carácter previo a su ocurrencia.

En la prescripción deberá figurar el motivo de la asistencia a realizar. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro concertado al efecto por la Entidad Aseguradora y el motivo estar incluido entre los servicios cubiertos por el presente contrato. Sin el cumplimiento de estos requisitos, la Entidad Aseguradora no asumirá la cobertura ni se hará cargo de ninguna prestación sanitaria ni asumirá ninguna otra obligación económica, directa o indirectamente relacionada con el motivo de la asistencia a realizar en régimen de Hospital de Día.

Para la presente cobertura (Hospitalización y Hospital de Día) se establece un Periodo de Carencia de ocho (8) meses.

8.- Cirugía Ambulatoria

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

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

9.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

Los traslados en ambulancia concertada objeto de cobertura serán aquellos que se realicen, dentro del te-

rritorio nacional, desde el domicilio o el lugar en que se encuentre el asegurado hasta el centro concertado donde deban prestarse los servicios asistenciales cubiertos que necesite, y del centro a su domicilio una vez completada la asistencia y **siempre que un médico del cuadro de la Entidad lo prescriba por escrito y concurran especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan al asegurado utilizar los servicios de transporte ordinario (servicios públicos, taxi o vehículo particular).**

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

10.- Prótesis e Implantes

La Entidad, previa prescripción de un médico del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora y autorización expresa, cubre exclusivamente los gastos de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes quirúrgicos que se detallan a continuación:

- Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis. Asimismo, quedan cubiertos los sustitutivos óseos y las sustancias antiadherentes **(quedan excluidos los implantes constituidos por hueso natural, salvo los injertos óseos, ligamentos biológicos e injertos osteotendinosos siempre que sean necesarios para una intervención quirúrgica autorizada previamente por la Entidad Aseguradora y se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales concertados).**
- Las prótesis valvulares cardiacas **(excepto las prótesis valvulares transcatéter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otras)**; las prótesis vasculares

tipo "by pass", las endoprótesis de aorta y sus ramas, los conductos valvulados aórticos en casos de patología valvular aórtica, y los stents coronarios.

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

En todo caso, el coste de cualquier otro producto o material protésico para implantación quirúrgica interna

o para uso externo, de cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle de cobertura anterior, correrá a cargo del asegurado. No son de cobertura los factores de crecimiento plaquetarios ni los tratamientos de cualquier tipo con células madre.

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

Solamente son de cobertura las prótesis e implantes descritos anteriormente que sean utilizados en intervenciones quirúrgicas cubiertas por el presente contrato, según las previsiones del mismo, siempre que sean suministradas por empresas concertadas por la entidad aseguradora.

11.- Trasplantes

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

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

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

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

Se establece un período de carencia de 8 meses.

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

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

13.- Asistencia en Viaje

El Asegurado con residencia en España tendrá la cobertura de Asistencia en Viaje, **de acuerdo con lo establecido en el Anexo IV de las presentes Condiciones Generales.**

TERCERA: PRESTACIONES EXCLUIDAS

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

1. **Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias o pandemias oficialmente declaradas.**
2. **Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.**
3. **Las producidas por hechos de carácter extraordinario**

o catastrófico tales como inundaciones, tornados, huracanes o tifones, terremotos, derrumbamientos, etc.

4. **La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación del seguro o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe cumplimentar el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
5. **La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo y artes marciales, toreo, escalada, montañismo, barranquismo, puenting etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.**
6. **La asistencia derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y/o de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), estupefacientes o alucinógenos; cualquier asistencia para el tratamiento de conductas adictivas o adicciones de cualquier clase; cualquier asistencia derivada de intento de suicidio o autolesiones. Asimismo, queda excluida cualquier prestación relacionada o dirigida a la ayuda médica para morir (eutanasia).**
7. **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.**
8. **La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de**

la obesidad o para control metabólico), excepto lo previsto en el punto 5 de la Condición Segunda.

9. La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo), excepto lo previsto en el punto 5 de la Condición Segunda.
10. La Medicina Preventiva (excepto lo recogido en el Anexo III de estas Condiciones), los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 4 (Medios de diagnóstico) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.
11. 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.
12. Quedan excluidos los empastes, las prótesis dentarias, los implantes dentales, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia, así como las pruebas diagnósticas o estudios previos o relacionados con estos tratamientos y cualquier técnica diagnóstica o tratamiento con fines estéticos o cosméticos.
13. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de psicoterapia del punto 6.2 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología tratamientos neuropsicológicos o de neurorrehabilitación y tratamiento ambulatorio de la narcolepsia.
14. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la inseminación artificial

y la fecundación «in vitro», así como las ecografías obstétricas de 4 y/o más "D" (4D, 5D, 6D, etc.). También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo.

15. **En Rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica. Asimismo, se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, la estimulación temprana, la neurorrehabilitación o la estimulación cognitiva, y, en general, los tratamientos de alteraciones neurológicas o neurodegenerativas no relacionadas con el aparato locomotor.**

    En cualquier caso, se excluye la rehabilitación en patologías crónicas y/o cuando el proceso haya entrado en un estado de estabilización insuperable, conforme al informe del médico rehabilitador, exceptuando los casos de reagudización del proceso.

16. **Los implantes constituidos por hueso natural (salvo que sean necesarios para intervenciones autorizadas por la Entidad y siempre que se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales) y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos. Las prótesis de pene y escroto, las prótesis de mama y los expansores de piel (salvo lo indicado en los apartados de Cirugía oncológica de mama y Cirugía profiláctica de mama en el punto 5 de la cláusula Segunda), los implantes dentales, cocleares, osteointegrados, de oido medio y cualquier otro implate o prótesis no incluido en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.**

No es de cobertura ningún gasto relativo al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, de cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica, no autóloga, no incluidos de forma expresa en el punto 10 de la Cláusula Segunda de estas Condiciones (relativo a Prótesis e Implantes). También quedan excluidas las prótesis cubiertas en el citado punto 10 de la Cláusula Segunda, cuando incorporen modificaciones técnicas, en cuanto al diseño y/o tipo de dispositivo, elementos de su composición, el material utilizado, los métodos para su implantación, o que supongan cambios en las fuentes de energía, en caso de implantes activos, respecto a las de utilización general hasta el momento de la contratación, salvo que su incorporación a la cobertura del presente contrato de seguro sea comunicada previamente y de forma expresa por parte de la Entidad.

17. **La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica con citostáticos, 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.**

    Se excluyen expresamente la inmunoterapia antitumoral y los anticuerpos monoclonales.

18. **Se excluyen las terapias regenerativas y celulares de cualquier tipo, así como los tratamientos basados en ingeniería tisular y en terapias génicas o genéticas y cualquier tratamiento basado en modificaciones genéticas de células del paciente a través de cualquier procedimiento (incluso las terapias denominadas CAR-T o de células T con CAR).**
19. **Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales). El T.A.C. espectral. Las ecografías obstétricas de 4 y/o más "D" (4D, 5D, 6D, etc.).**
20. **La monitorización neurofisiológica y la Neuronavegación, salvo en los casos previstos en la Condición General Segunda.**
21. **Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas, así como el láser quirúrgico cualquiera que sea el órgano a tratar, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 5 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condi ciones Generales.**
22. **La radiocirugía estereotáxica o estereotáctica, excepto para tratamiento de lesiones tumorales localizadas del sistema nervioso central, la radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Radioterapia Intraoperatoria, la Protonterapia o Terapia con protones, así como otras técnicas especiales de radioterapia, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 5 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales. No es de cobertura**

ninguna forma de Radioterapia para patología benigna no oncológica.

23. **Se excluye todo tipo de trasplantes, excepto el de médula ósea (autólogo y heterólogo) y córnea (siendo el coste de esta a cargo del asegurado).**
24. **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.**
25. **Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica no incluida expresamente en la cobertura del contrato, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contratación de la misma, salvo que la Entidad comunique expresamente su incorporación. Cualquier acto diagnóstico o terapéutico que implique una modificación respecto a la práctica médica general previa a la contratación en cuanto a la vía de abordaje, dispositivos utilizados, materiales empleados y fuentes de energía, salvo que se incluya expresamente en la cobertura mediante comunicación previa por la Entidad Aseguradora.**
26. **Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad, salvo lo establecido para el caso de Hospitalización por urgencia vital.**
27. **Cualquier asistencia (consulta, medio de diagnóstico, técnica de tratamiento, prótesis o implante, servicio, etc.) relativa a prestaciones no cubiertas por el presente contrato de seguro.**

CUARTA: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Cuestiones Generales.

El Asegurado, a quien corresponde el ejercicio de los derechos comprendidos en el presente contrato, deberá identificarse al requerir los servicios sanitarios asegurados incluidos en la Condición General Segunda, exhibiendo la tarjeta sanitaria de ASISA, junto con el D.N.I., en su caso, o cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducción). La citada tarjeta es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la tarjeta sanitaria dará lugar al ejercicio por parte de ASISA de las acciones legales que correspondan.

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

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

Para medios de diagnóstico, técnicas especiales de tratamiento, hospitalización, cirugía ambulatoria y otros servicios en los que así se indique la necesidad de prescripción, **esta corresponderá a un médico especialista en la materia de la Lista de Facultativos de la Entidad. Cuando así se indique, dicha prescripción deberá ser autorizada previamente y de forma expresa por parte de ASISA a través de diferentes canales establecidos al efecto, de acuerdo con las instrucciones que facilite la Entidad al respecto en cada momento. En el caso de las prestaciones realizadas con carácter urgente que**

requieran autorización por parte de la Entidad, esta se recabará dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar. La relación actualizada de las prestaciones que requiere autorización en cada momento puede ser consultada en la web de la entidad (www.asisa.es), así como en el resto de plataformas de información disponibles (app, teléfono, oficinas Delegación, etc.).

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

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

Cuando el asegurado se encuentre desplazado a otra provincia del territorio nacional, se recomienda poner-

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

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

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

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

3. Libertad de elección de médico

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

4. Períodos de carencia

Algunas de las prestaciones cubiertas por el presente seguro tienen establecido un determinado periodo de carencia o período de tiempo durante el cual no se cubren, que se computa desde la fecha de inicio del contrato o desde la fecha de inclusión de un nuevo asegurado al mismo.

QUINTA: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

En caso de que el contrato de seguro sea resuelto por parte del Tomador o contratante, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento o finalización es tablecida 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 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: CONDICIONES ECONÓMICAS DEL SEGURO

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

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

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

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

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

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

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

La prima de cada asegurado se calcula en base a los factores de riesgo que se detallan seguidamente: edad del asegurado a 31 de diciembre del período de seguro que vence y zona geográfica del domicilio del asegurado iden-

tificado en el contrato. A través del presente documento, el tomador manifiesta su conformidad a las modificaciones que, por tal motivo, pueda experimentar el importe de la prima. Asimismo, la Entidad Aseguradora podrá tomar en consideración en la actualización de la prima la variación de los costes asistenciales, la morbilidad, la incorporación de nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas, así como el tipo y la frecuencia de utilización de las prestaciones por parte del Asegurado.

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

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

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

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

COPAGOS: Salvo pacto en contrario previsto en las Condiciones Particulares del seguro, las partes contratantes convienen la participación del asegurado en el coste de los servicios que utilice. Dicha participación o copago será

única para cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado por el asegurado, **y su importe podrá ser actualizado anualmente por la Entidad en cada renovación del contrato, mediante comunicación al Tomador.**

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

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

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

SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

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

a) Declarar a ASISA, antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario que esta le someta,

todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo a asegurar. Queda exonerado de tal deber si ASISA no le somete Cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él, resultando esencial que la información facilitada por el Tomador/Asegurado sea veraz y completa, al constituir la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual forma parte dicho Cuestionario.

b) El Tomador del Seguro y, en su caso, los Asegurados deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Entidad Aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para aquellos. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento de la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

   El Tomador del seguro y el Asegurado también están obligados a notificar a la Entidad Aseguradora el cambio de domicilio y de dirección de correo electrónico identificadas en el contrato, así como el resto de datos facilitados a la Entidad Aseguradora a efectos de comunicaciones en los ocho (8) días siguientes a producirse dicho cambio. Para mantener el derecho a las prestaciones aseguradas, el nuevo domicilio debe encontrarse dentro del ámbito asistencial de la Entidad Aseguradora.

c) Comunicar el Siniestro a la Entidad Aseguradora en el plazo de siete (7) días desde su acaecimiento mediante la documentación acreditativa oportuna.

d) 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.

e) Facilitar a la Entidad Aseguradora toda la información que ésta precise para ejercer el derecho de subrogación, previsto en el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

f) El Asegurado o, en su defecto, las personas debidamente autorizadas a tal fin por él, tienen la obligación de facilitar a la Entidad Aseguradora, en aquellos casos que lo requiera expresamente, toda documentación médica, diagnóstica o probatoria, y/o presupuestos relacionados con el siniestro que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por el presente contrato, así como las visitas de inspección que pueda realizar el personal médico.

   La Entidad Aseguradora 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. La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación o indemnización, que no procediera asumir, una vez conocida la información y documentación facilitada por el Asegurado.

g) Comunicar al Asegurador la pérdida, sustracción o deterioro de la tarjeta a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado identificado en el contrato, anulando la anterior. Igualmente, el Tomador o Asegurado deberán devolver a ASISA la tarjeta correspondiente al asegurado cuando su contrato quede extinguido.

OCTAVA: FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

a) El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega del contrato, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el contrato.

b) Podrá solicitarse el alta del recién nacido como asegurado de ASISA, con eliminación de los períodos de carencia aplicables en cada caso y sin valoración de Cuestionario de Salud, siempre que el parto o cesárea haya sido cubierto por ASISA y la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. Para las altas solicitadas fuera del expresado período, así como para los nacidos en partos o cesáreas no cubiertos por la Entidad será exigible Cuestionario de Salud, con valoración del riesgo y posibilidad de no aceptación de la contratación, y aplicación de los períodos de carencia establecidos en las Condiciones Generales que resulten de aplicación para cada seguro.

c) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin indicación de los mo-

tivos y sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los catorce (14) días siguientes a la firma del contrato de seguro o a la recepción por el Tomador del Seguro de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma del Contrato de seguro, mediante comunicación escrita fehaciente a la Entidad Aseguradora en este sentido, que permita dejar constancia de la notificación.

Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

NOVENA: FACULTADES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

a) Cuando la Entidad Aseguradora tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador/Asegurado del seguro en el Cuestionario de Salud exigible para la contratación del seguro podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento. Si dicha reserva o inexactitud afecta a uno de los Asegurados, la Entidad Aseguradora podrá excluir al mismo de la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador.

b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Entidad Aseguradora efectúe la comunicación a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido

la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

c) En caso de uso fraudulento de la Tarjeta Sanitaria con conocimiento o consentimiento por parte del Tomador del Seguro o Asegurado, la Entidad Aseguradora queda facultada para (i) rescindir el contrato de seguro, cualquiera que sea el momento de vigencia del mismo; (ii) para reclamar el coste de las prestaciones indebidamente asumidas a su cargo; (iii) y al ejercicio por parte de la Entidad Aseguradora de las acciones legales que correspondan.

d) La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier Prestación que no procediera asumir, una vez conocida la información por el Asegurado.

e) Si el Tomador del Seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora solo podrá resolver el contrato de seguro cuando la verdadera edad de aquel, a la Fecha de Inicio del mismo, excediere de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora en el momento de contratación. Si no excediera de los citados límites, la Entidad Aseguradora queda facultada para regularizar la diferencia entre el importe abonado por el Tomador del Seguro y el que ésta debería haber abonado en caso de haber declarado la edad correcta del Asegurado en el momento de contratación.

DÉCIMA: PÉRDIDA DE DERECHOS, 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 (artículo10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima o fracción de la misma, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

2. Si se hubiera practicado reconocimiento previo o se hubiera reconocido plenitud de derechos, el contrato será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las condiciones particulares de la Póliza, o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado el cuestionario de salud con reserva o inexactitud.

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 que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que distribuya el contrato de seguro surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la Entidad Aseguradora.

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

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

DECIMOSEGUNDA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pueda resultar competente, los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamación por escrito ante las siguientes instancias:

1. Delegación Provincial de ASISA.

2. Servicio de Atención al Cliente del Grupo ASISA, de acuerdo con lo previsto en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la "Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras". El procedimiento de gestión de las quejas y reclamaciones ante dicha instancia se puede consultar en el Reglamento de funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente del Grupo Asisa, en la página web de la Entidad (www.asisa.es).

3. En caso de desacuerdo con la resolución del Servicio de Atención al Cliente, o si no se hubiera obtenido respuesta en el plazo de un mes, el interesado podrá interponer reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Di-

rección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana n.º 44 - 28046 – Madrid, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo.

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

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

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco (5) años (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOTERCERA: ÁMBITO DEL SEGURO

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

DECIMOCUARTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de sus datos personales.

El responsable del tratamiento es ASISA, ASISTENCIA

SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (en adelante, ASISA), con C.I.F. A08169294, y con domicilio social en Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027 Madrid.

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

2. Tratamiento de los datos personales.

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

El tomador del seguro se compromete a garantizar que toda la información facilitada, incluida la relativa a los asegurados es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados. Asimismo, en caso de proporcionar datos relativos a otra persona física deberá, con carácter previo a su inclusión, contar con legitimación suficiente para comunicar dichos datos e informar a los interesados de lo contenido en la presente cláusula.

3. Finalidad y Legitimación del tratamiento de los datos personales.

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

ASISA tratará los datos en base a la ejecución del con-

trato que le vincula con el asegurado para las siguientes finalidades:

• Prestar la asistencia sanitaria y el eventual pago de indemnizaciones según lo dispuesto en el contrato de seguro.

• Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.

ASISA tratará los datos basándose en el interés legítimo para:

• Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos propios de la Entidad Aseguradora que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si no desea recibir publicidad por medios electrónicos, el asegurado podrá dirigirse a la dirección electrónica DPO@grupoasisa.com o mediante escrito dirigido a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.

• Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.

• Conservar durante los plazos exigidos por la normativa vigente los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas.

• En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito.

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

• Cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

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

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

• Conservar durante los plazos exigidos por la normativa vigente los datos personales del asegurado de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.

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

• Enviarle ofertas personalizadas de productos y/o servicios de las empresas del Grupo ASISA y/o Colaboradoras. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.grupoasisa.com/ .

• Compartir sus datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que

éstas le puedan ofrecer información comercial en relación con sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.grupoasisa.com/ .

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

4. Destinatarios de los datos personales.

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

• Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Organismos y Administraciones Públicas.

• Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en la presente Póliza.

• Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios elaborada por ASISA que se puede consultar en su sitio web www.asisa.es .

• Entidades financieras para la gestión de cobros y pagos.

• Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) para la inclusión de sus datos personales, en caso de considerarse necesario, en el fichero común de prevención del fraude.

• Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.

• En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA compartirá su información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación con sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.grupoasisa.com/ .

Asimismo, los datos podrán ser comunicados a Entidades, Organismos o instituciones que acrediten un interés legítimo o el cumplimiento de una obligación legal.

• En caso de realizarse transferencias internacionales de datos fuera del Espacio Económico Europeo, ASISA garantiza que se adoptarán las medidas adecuadas para proteger sus datos conforme a la normativa vigente, aplicando las garantías adecuadas según el RGPD.

5. Tiempo de conservación de los datos personales

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

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

Dichos plazos podrán ser consultados en la Política de

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

6. Derechos en relación con el tratamiento de los datos personales.

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

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

Asimismo, en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas. En ese caso, ASISA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurran motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

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

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

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

• Mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico: DPO@grupoasisa.com

ASISA facilitará la información solicitada en el plazo máximo de un (1) mes a partir de la recepción de la solicitud. Dicho plazo podrá prorrogarse otros dos (2) meses en caso necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes.

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

El asegurado podrá presentar reclamación ante la Autoridad de Control competente en materia de protección de datos. No obstante, en primera instancia, podrá presentar reclamación ante el Delegado de Protección de Datos, quien revolverá la misma en el plazo máximo de dos (2) meses.

DECIMOQUINTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

ANEXO I

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

a) 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.

b) CARDIACAS

Evaluación de la viabilidad miocárdica en pacientes con insuficiencia ventricular izquierda grave y que son candidatos a revascularización, solo cuando las técnicas de imagen convencionales no son concluyentes.

c) NEUROLÓGICAS

Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal parcial.

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y CONSULTA CON EXPERTOS INTERNACIONALES

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

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

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

Para acceder al servicio de Segunda Opinión, el asegurado deberá llamar al teléfono 91 075 71 95, donde le indicarán la documentación (pruebas e informes médicos) relativa al primer diagnóstico establecido

que deberá enviar a la dirección que le faciliten, junto con el cuestionario que deberá cumplimentar al efecto.

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

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

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

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

a) ORIENTACIÓN MÉDICA

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

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

b) SERVICIO DE AYUDA PSICOEMOCIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES GRAVES

En relación con las enfermedades graves enumeradas en el apartado anterior, el asegurado contará con la posibilidad de solicitar apoyo psicológico relativo a su enfermedad o estado de salud, de forma telefónica. Dicho servicio consistirá en la concertación de una conferencia con un psicólogo, quien le asesorará, orientará y apoyará emocionalmente a superar la adversidad.

El servicio consistirá en un máximo de 5 sesiones telefónicas.

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

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

Pediatría: Comprende los exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de 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 14 años de edad).

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

- En la prevención del cáncer de mama se recomienda la realización de una mamografía cada 2 años en mujeres mayores de 50 años (el Ginecólogo, no obstante, indicará a la asegurada con qué frecuencia debe realizarse esta exploración en su caso).
- Para la prevención del cáncer de cuello uterino (cáncer de cérvix) se recomienda realizar una citología cérvico-vaginal de Papanicolau en mujeres de 25 a 65 años. Al principio, con periodicidad anual, y después, cada 3-5 años, según las pautas recomendadas por las Socie-

dades Científicas. En función de sus características particulares, el ginecólogo del Cuadro Médico de ASISA puede indicar esta exploración con mayor o menor frecuencia de la señalada. Estas recomendaciones no son de aplicación en mujeres que no han tenido relaciones sexuales o a quienes se les haya practicado una histerectomía total.

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

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

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

Comprende consulta médica así como análisis de sangre (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas (como ecografía y/o biopsia de próstata) que el especialista considere oportunas. En general, se recomienda un examen anual a partir de los 50 años; no obstante, el especialista en Urología del Cuadro Médico de ASISA le indicará la frecuencia y exploraciones precisas en su caso.

Aparato Digestivo: Prevención del cáncer colorrectal en personas de riesgo (antecedentes familiares o persona-

les). Incluye consulta y exploración física, así como las pruebas diagnósticas (por ejemplo, test de sangre oculta en heces, colonoscopia o colonoscopia virtual) que el especialista considere necesarias en su caso.

ANEXO IV

ASISTENCIA EN VIAJE

El asegurado, con residencia en España, tendrá derecho a la presente cobertura, con las condiciones y límites que se establecen a continuación:

ASEGURADO

Persona física residente en España titular de una Póliza 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.

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 la póliza 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, **excepto en los países y territorios que estén detallados en cada momento en https://www.redion.es/informacion-legal/Informacion-sobre-sanciones-internacionales-y-paises-excluidos.**

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, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

La asistencia será válida a partir de 35 Km. del domicilio habitual del asegurado en España, 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.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

Las prestaciones definidas posteriormente, serán efectuadas bajo petición expresa del asegurado a través del asegurador por teléfono al número **34 91 514 36 11**, fax al número **91 514 99 50**, telegrama, verbalmente o por correo.

El Asegurado llamará al número anterior indicando: nombre y apellidos, número de póliza de ASISA, lugar donde se encuentra, dirección y teléfono, naturaleza de

la asistencia que precisa o índole de su problema. La aseguradora garantiza la prestación de los servicios con la mayor diligencia y durante las 24 horas del día, incluidos domingos y festivos.

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

Para el reembolso de cualquier gasto podrá dirigirse a https://asisa.eclaims.redion.com, donde podrá 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 la copia de las facturas y justificantes del pago.**

SANCIONES INTERNACIONALES

La aseguradora no dará cobertura, no asumirá ningún siniestro, ni tampoco proporcionará prestación o servicio alguno descrito en la póliza que le pueda exponer a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas o de sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América. Para más detalles, visite, por favor, las páginas:

- https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information,
- https://sanctionsmap.eu/#/main,
- https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx

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 20.000 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 copia de la factura y el justificante del pago que deberán ir acompañados 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 asegurado 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 90 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 de este:

- 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 esta 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, suegros, hijos, abuelos, nietos, yernos, nueras, cuñados o hermanos del asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por la presente póliza, 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 en la Póliza, 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 hospita-

lizado 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 la póliza, 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.- Prolongación de estancia en hotel de acompañante por hospitalización del Asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico de la aseguradora, ésta abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante, **también asegurado, hasta un límite de 90 euros por día y un máximo de 10 días.**

11.- Desplazamiento Acompañante "in situ"

Si el Asegurado se encuentra hospitalizado, como consecuencia de enfermedad grave o accidente cubierto por el presente contrato, la aseguradora abonará en concepto de gastos de transporte, **al acompañante también asegurado,** para su traslado desde el hotel al hospital y viceversa **hasta un límite de 20 euros por día y hasta un máximo de 10 días, previa presentación de la copia de las facturas y el justificante de pago correspondientes.**

12.- Traslado a hospital en caso de urgencia

La aseguradora asumirá los gastos de traslado, incluso bajo vigilancia médica si fuera necesaria, desde el hotel al hospital o clínica más cercanos y regreso, exclusivamente en caso de enfermedad o accidente grave que exija una consulta inmediata, no pudiendo esperar a la visita médica ordinaria.

13. 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 copia de la factura, el justificante del pago y el precio del medicamento.

14. 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.

15. 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.

16. 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 Asegu-

rado 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.

17. Servicio de Información

La aseguradora dispondrá para sus asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas todos 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.

18. 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.**

19. 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.

20. 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.**

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

21. 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.**

22. 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)

23. Cancelación de Tarjetas

A demanda del Asegurado, 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 estas.

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.

24. 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.

25. Gastos de comunicación

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

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 afecciones preexistentes 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 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.**

14.- **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.**

CONTRATO DE SEGURO ASISA SALUD

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

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

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

Firmado: ..... Nº Póliza: .....

CONTRATO DE SEGURO ASISA SALUD

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

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

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

Firmado: ..... Nº Póliza: .....

RECORTE POR LA LÍNEA DE PUNTOS Y
DEVUÉLVALO FIRMADO



900 10 10 21

asisa.es