

ACUERDO DE COLABORACIÓN ASISA – COSITAL, CONSEJO GENERAL DE SECRETARIOS, INTERVENTORES Y TESOREROS DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL

Póliza colectiva: Nº 5.567

De una parte:

COSITAL, CONSEJO GENERAL DE SECRETARIOS, INTERVENTORES Y TESOREROS DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL, domiciliada en Madrid, Calle Carretas número 14, 3ºA, con CIF: Q2866023A, representada por D. Eulalio Ávila Cano;

De otra parte:

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., compañía mercantil domiciliada en Madrid, Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 10, con C.I.F. A-08169294, representada por D. Jaime Ortiz Olmeda;

EXPONEN

Que ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (en adelante, ASISA), es una compañía de Seguros autorizada para la práctica de operaciones de Seguro Privado, en el ramo de Enfermedad, incluida la Asistencia Sanitaria y dental.

Que COSITAL, CONSEJO GENERAL DE SECRETARIOS, INTERVENTORES Y TESOREROS DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL, (en adelante, COSITAL) tras su estudio, ha considerado interesantes las condiciones presentadas por ASISA en la contratación de un seguro de asistencia sanitaria que puedan realizar los beneficiarios que se determinen en el presente Acuerdo.

Que ambas partes, adoptan los siguientes

ACUERDOS

Primero.- ASISA se compromete a mantener las Condiciones Especiales presentadas a COSITAL en la contratación del producto de Asistencia Sanitaria que soliciten, a título individual, los empleados y colegiados de COSITAL, para sí y sus familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos).

Las citadas condiciones especiales, que figuran recogidas en el epígrafe "Condiciones Especiales", serán dadas a conocer a los efectos oportunos por COSITAL, a sus colegiados y empleados, en la forma, tiempo y por los medios que ésta determine.

Segundo.- Para contratar el seguro de asistencia sanitaria y beneficiarse de las ventajas que se detallan en el citado apartado, resulta imprescindible acreditar la condición de beneficiario. Cada beneficiario tendrá un contrato individual (Cuestionario de Salud, Condiciones Generales, Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla). **Dichos colegiados y empleados ostentarán siempre la condición de tomadores de las pólizas que suscriban, con carácter individual, para sí y/o para sus beneficiarios directos.**

A modo informativo se acompañan, como anexos las Condiciones Generales de ASISA Salud, dental y asistencia en viajes para el año 2016, así como las mencionadas condiciones Especiales:

- Condiciones Especiales
- Anexo I, Condiciones Generales del seguro de Asistencia Sanitaria
- Anexo II, Coberturas para Pet/Pet-Tac:
- Anexo III, Segunda Opinión Médica
- Anexo IV, Medicina Preventiva
- Anexo V, Condicionado General Asistencia en Viajes
- Anexo VI, Condiciones Generales de la Póliza Dental
- Anexo VII, Cuadro de Coberturas y Franquicias Dentales 2016

Las citadas Condiciones Especiales bajo las que se rige el presente acuerdo comprenden:

CONDICIONES ESPECIALES

1. Duración

Los efectos del presente acuerdo se iniciarán a las 0 horas del día 1 de junio de 2016 y concluirán a las 24 horas del 31 de Diciembre del mismo año.

No obstante lo anterior, a su vencimiento quedará prorrogado tácitamente por años naturales, salvo comunicación de denuncia girada por cualquiera de las partes a la otra con plazo de dos meses a la fecha en que dicha denuncia deba tener efectos.

2. Asegurados

Según el presente acuerdo, podrán ostentar la condición de beneficiarios de las Condiciones Especiales que se detallan, los colegiados y empleados de COSITAL, así como sus familiares directos (cónyuge/pareja e hijos). La solicitud de alta, en calidad de tomador, corresponderá siempre y en todo caso al colegiado y empleado de COSITAL.

En las solicitudes de contratación de colegiados y/o empleados de COSITAL, así como de sus familiares (cónyuge/pareja de hecho e hijos), que ya ostenten la condición de asegurados de ASISA, serán tratadas como una póliza nueva, si bien no será exigible la cumplimentación de Cuestionario de Salud (se aceptarán enfermedades preexistentes) y no le resultarán de aplicación los periodos de carencia recogidos en las Condiciones Generales. Será requisito imprescindible que exista continuidad en el aseguramiento entre ambas pólizas y que el traspaso a la póliza, objeto del presente Acuerdo, sea del certificado completo.

En caso de que el colegiado y/o empleado de COSITAL deje de ostentar dicha condición perderá el derecho a beneficiarse de las presentes condiciones especiales, dando lugar a la baja de su póliza y la de sus familiares directos a 31 de diciembre del año en el que se produzca su desvinculación a EMPRESA. En estos casos y con carácter voluntario, el ex-vinculado de COSITAL podrá solicitar el alta en la póliza de salud que ASISA comercialice en cada momento para sí y sus familiares directos.

3. Prima 2016

La prima neta aplicable por persona y mes, para la anualidad 2016, será la que a continuación se relaciona en función de la edad del asegurado:

Prima hasta los 54 años 39,00 € por persona y mes

Prima desde los 55 años hasta los 64 años 43,00 € por persona y mes

Aquellas personas que perteneciendo al colectivo actual cumplan los 65 años siendo asegurados, pasarán a tener la siguiente prima:

Prima desde los 65 años 91,00 € por persona y mes

Dichas primas serán comunicadas al Tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

En cada periodo de prórroga la Prima se corresponderá con la determinada por la Entidad en función de la edad que el asegurado tenga a 31 de diciembre del periodo de seguro que vence.

3.1. Impuestos y Recargos

La prima neta se incrementará un 0,15% sobre la prima en concepto de recargo por Consorcio de Compensación de Seguros. Dicho importe se cobrará con el correspondiente recargo por fraccionamiento en cada recibo de primas, de acuerdo con la modalidad de pago de primas establecido (R.D.L. 7/2004, de 29 de octubre).

4. Actualización del importe de la prima

Durante la vigencia de las pólizas el importe de las primas será revisado cada nuevo año natural, se aplicarán las condiciones reguladas a continuación:

Tres (3) meses antes de la fecha de renovación de la póliza, se calculará la siniestralidad de la póliza (en adelante G), que será el resultado de dividir el importe de los siniestros, en concepto de asistencia sanitaria, atendidos con cargo a la póliza (en adelante S), entre las primas emitidas netas de impuestos correspondientes a esa Póliza (en adelante P) -es decir: $G = P/S$ -, proponiendo al Cliente, al menos con dos meses de anticipación a la fecha de vencimiento de la póliza mantener o modificar las primas del contrato para su aceptación, de acuerdo con lo previsto a continuación:

Si G es inferior al 60%, las primas no sufrirán modificación alguna manteniéndose, en consecuencia, la misma prima.

Si G es superior al 60% e inferior al 70%, las primas se actualizarán en base al último índice de Precios al Consumo (IPC General).

Si G es superior al 70% e inferior al 80%, las primas se actualizarán en base al último índice de Precios al Consumo (IPC General), más 3 puntos.

Si G es superior al 80% e inferior al 90%, las primas se actualizarán en base al último índice de Precios al Consumo (IPC General), más 6 puntos.

Si G es superior al 90%, las primas se actualizarán en base al dos veces el índice de Precios al Consumo (IPC General), más 5 puntos, con un máximo del 15%.

A los efectos de lo previsto en la presente cláusula, el índice de Precios al Consumo que se aplicará en cada renovación, será la variación porcentual experimentada por el índice general de precios al consumo (IPC General), publicado por el Instituto Nacional de Estadística u organismo que los sustituya, en los doce meses inmediatamente anteriores a la fecha en la que se determine la nueva prima de seguro.

5. Pago de Primas

El abono de las primas correspondientes será mensual, en la domiciliación bancaria que designe cada colegiado y/o empleado, en su condición de tomador de las pólizas que pueda contratar para él y/o sus familiares directos.

6. Participación del Asegurado en el coste de los servicios

No se establece ningún sistema de copago en los servicios sanitarios.

El asegurado deberá realizar un solo pase de tarjeta por cada consulta, tratamiento o servicio utilizado.

7. Periodos de Carencia

No serán de aplicación ninguno de los periodos de carencia recogidos en las Condiciones Generales. En consecuencia, se reconocen plenitud de derechos para las prestaciones garantizadas en la presente Póliza desde el mismo momento de entrada en vigor.

8. Asegurados en la anterior compañía aseguradora

No se exigirá la cumplimentación de Cuestionario de Salud, se aceptarán enfermedades preexistentes, para las altas de asegurados que provengan de la anterior compañía aseguradora. Será requisito imprescindible que exista continuidad en el aseguramiento.

9. Cuestionario de Salud

Para los demás asegurados, será exigible la cumplimentación del correspondiente Cuestionario de Salud, previo a la contratación, a los efectos de la oportuna valoración del riesgo a asegurar, salvo para lo establecido en la estipulación 2, en lo referente a traspasos de beneficiarios que ya ostenten la condición de asegurados de ASISA.

10. Tratamientos en curso para el traspaso de Asegurados procedentes de la anterior aseguradora.

Se considerará tratamiento en curso al que se haya iniciado en fecha anterior a la del cambio de póliza, o al programado para iniciarse durante el primer mes de vigencia de la nueva póliza.

- El asegurado deberá comunicar a la persona asignada de ASISA en el momento del cambio de póliza, el tipo de tratamiento y el nombre de los profesionales médicos que le atienden.
- ASISA se compromete a reconducir, si es posible, dichos tratamientos a través de nuestro Cuadro médico o vía de concierto con el médico o clínica, facilitando al asegurado o clínica las oportunas autorizaciones para que los profesionales o centros facturen a ASISA a partir de la fecha estipulada.
- Si no es posible dicha alternativa, el asegurado abonará directamente al médico y ASISA le reembolsará el 100% del importe al terminar el tratamiento iniciado con los siguientes criterios.
 - Intervenciones quirúrgicas programadas: Si no hubiese concierto con la clínica o facultativo, se asumirán los gastos derivados de dichas intervenciones durante el primer mes de implantación de la póliza.
 - Embarazos en curso que hayan superado los 90 días, parto, puerperio y atención al recién nacido: Si no hubiese concierto con la clínica o facultativo, se asumirán los gastos derivados del seguimiento de los embarazos en curso que ya estén siendo seguidos por un facultativo

ajeno al cuadro médico, así como los gastos derivados del parto, puerperio y atención al neonato.

- Enfermedades crónicas: Se asumirán los gastos derivados del tratamiento con un facultativo/centro médico ajeno al cuadro médico hasta un máximo de 3 meses.
- Procesos agudos: Se asumirán los gastos derivados del tratamiento con un facultativo/centro médico ajeno al cuadro médico hasta un máximo de 1 mes.

En cualquier caso, las pruebas diagnósticas que fuesen prescritas por un facultativo ajeno al cuadro médico, se realizarán en Centros Concertados, previa autorización de la Aseguradora.

11. Edad de Contratación

No se establece límite de edad para la contratación.

12. Cobertura dental

Se incluye la cobertura dental en la prima indicada en la estipulación 3 de estas Condiciones Especiales, conforme a los límites y condiciones recogidos en el anexo VI. Las franquicias serán las establecidas por la compañía para los distintos actos en cada momento. Se incluyen a modo de Anexo las Franquicias Dentales para la anualidad 2016.

13. Cláusula de continuidad en el aseguramiento

Aquellos empleados que, estando asegurados, causen baja en esta póliza colectiva, podrán solicitar la suscripción, a título particular, para sí y sus familiares directos previamente asegurados, una nueva póliza de similar cobertura, sin obligación de cumplimentar cuestionario médico y sin que le resulte de aplicación periodo de carencia alguno.

En todo caso, será requisito imprescindible que exista continuidad en la cobertura entre una y otra póliza, y que el alta en la nueva póliza sea solicitada por el titular en el mes inmediatamente posterior a la fecha de la baja del asegurado de su póliza anterior.

14. Reembolso de Gastos Farmacéuticos

ASISA reembolsará el 50% del coste de los medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el asegurado, que sean objeto de cobertura por la presente póliza, cuya dispensación requiera necesariamente la presentación de receta médica y figuren entre la lista de fármacos genéricos financiados por el Sistema Público de Salud en las indicaciones aprobadas, y hasta un límite de 200€ por asegurado y año, en España.

15. Otros servicios complementarios

15.1. Cirugía bariátrica

Excepcionalmente podrá autorizarse la cobertura de la Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida), previo estudio por parte de la Entidad.

15.2. Lentes intraoculares

Quedan cubiertos por la entidad, los gastos derivados de la implantación de lentes intraoculares tanto bifocales como multifocales para el tratamiento de la catarata, dentro de las prestaciones aseguradas recogidas en punto 12 de la Condición General Segunda.

15.3. Clínica MD Anderson Cáncer Center Madrid

Los empleados y/o colegiados asegurados en Asisa al amparo del Acuerdo Marco entre COSITAL y ASISA, podrán acceder a la MD Anderson para la prestación de servicios que sean objeto de cobertura en la póliza colectiva.

15.4. Asistencia derivada de la infección por V.I.H.

Se incluye la asistencia derivada de la infección por V.I.H

16. Mediación

Las pólizas de seguro que se contraten al amparo del presente acuerdo, serán mediadas por Santander Mediación Operador de Banca-Seguros Vinculado S.A., CIF A28360311, a través de su Red de Distribución BANCO SANTANDER, S.A. Operador inscrito en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con nº OV-0042. Responsabilidad Civil y Capacidad Financiera, cubiertas según legislación vigente.

17. Protección de Datos de Carácter Personal

Para el eventual supuesto de que, durante el curso del presente acuerdo, tanto ASISA como COSITAL, precisaran tratar datos de carácter personal responsabilidad de la otra parte, ambas se obligan al sometimiento absoluto de lo establecido en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En Madrid, a 1 de junio de 2016,

Por ASISA

Por COSITAL

Fdo. D. Jaime Ortiz Olmeda
Director Comercial y Marketing

Fdo. D. Eulalio Ávila Cano
Presidente

ANEXO I

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA SANITARIA

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (B.O.E. de 15 julio), y por lo dispuesto en el R.D. 2.486/1998 de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las condiciones generales y particulares de este contrato, así como sus anexos sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato se entenderán por:

- **Accidente:** La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- **Asegurado:** La persona natural 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.
- **Condiciones Particulares:** Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.
- **Cuestionario de Salud:** Declaración realizada por el tomador y/o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.
- **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 y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.
- **Enfermedad preexistente:** Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.
- **Hospitalización:** Representa el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

· **Hospital de Día:** Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

· **Indisputabilidad de la póliza:** Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su formalización o de la inclusión de nuevos asegurados, por el cual ASISA asume la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el Cuestionario de Salud.

· **Lista de Facultativos:** Relación publicada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por ASISA en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A estos efectos, se considerarán Listas de Facultativos de ASISA tanto las de las provincias en las que esta opera directamente como las de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras aseguradoras. En cada Lista de Facultativos provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y urgencias. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Lista de Facultativos actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia. Los datos que figuran en la Lista de Facultativos pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la entidad.

· **Participación del Asegurado en el coste de los servicios (Copago):** Importe que el tomador debe abonar al asegurador para colaborar en el coste económico de cada servicio sanitario utilizado por el asegurado. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada anualmente.

· **Periodo de Carencia:** Periodo de tiempo durante el cual no están en vigor, y por lo tanto, no se cubren algunas de las prestaciones establecidas en la Póliza. Los Periodos de Carencia establecidos se computan desde la fecha de efecto de la Póliza.

· **Periodo de Seguro:** Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el vencimiento de la Póliza, o el que transcurra entre cada prórroga.

· **Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la póliza: el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla.

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

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

· **Siniestro:** Hecho previsto en la Póliza que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación del asegurador de proporcionar al asegurado la asistencia sanitaria con el alcance establecido en la Póliza.

· **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 la póliza.

· **Tomador del Seguro:** 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 Vital:** Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un extremo y grave riesgo para la vida o integridad física del asegurado, y que requiera de una inmediata y urgente atención sanitaria.

CONDICIONES

Primera: Objeto y límite del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el asegurador pondrá a disposición del asegurado, dentro del territorio nacional, una amplia oferta de profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados de los que el asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, **siempre que se trate de técnicas de diagnóstico y tratamiento habituales reconocidas por la práctica médica en el momento de suscribir el presente contrato.**

La entidad se reserva la posibilidad de repercutir en la prima de seguro la incorporación posterior de nuevas técnicas.

Así se hará cargo, siempre que se cumplan las previsiones de esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los asegurados. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria comprendida en la Póliza.

En todo caso, según dispone el Artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza.

Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas

ASISA facilita al asegurado una «Lista de Facultativos» en la que figuran los Servicios de Urgencia, relación de médicos de las diferentes especialidades, DUEs-ATS, otros profesionales de la Sanidad y Centros de Hospitalización. Para el caso de desplazamiento también figuran en la «Lista de Facultativos» la Red Nacional de urgencias y de oficinas provinciales de la Entidad.

Así mismo, ASISA le proporciona un manual de instrucciones para que sirva de información y normativa a seguir en la utilización de las prestaciones.

1.- Servicio de Urgencia

En cada capital de provincia ASISA dispone de un servicio de urgencia las veinticuatro horas del día para asistencia domiciliar y de Hospitalización. En la Lista de Facultativos que se entrega al asegurado figuran los números de teléfono donde debe requerir cualquier servicio y los centros donde debe acudir en caso de urgencia.

2.- Medicina General

El asegurado podrá elegir libremente su médico de cabecera de entre los que figuran en la Lista de Facultativos; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

3.- Pediatría

Se podrá elegir libremente el Pediatra de entre los que figuran en la Lista de Facultativos,

para la asistencia de los asegurados hasta los 14 años de edad; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

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

4.- Medicina Especializada

El asegurado podrá elegir libremente el Médico especialista, de entre los que figuran en la Lista de Facultativos.

Las Especialidades médicas existentes son las siguientes:

- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesiología y reanimación
- Angiología y Cirugía Vasculat
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología
- Geriatria
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatología
- Urología

Cuando una especialidad no exista en una determinada provincia, el asegurado deberá hacer uso de este servicio en cualquier otra provincia en que exista dicha especialidad.

5.- Enfermería (D.U.E. /A.T.S.)

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

6.- Podología

El servicio de podólogo-callista se presta solo en consultorio, y con un límite de 6 sesiones al año.

7.- Medios de Diagnóstico

Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico de la Lista de Facultativos.

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

- **Análisis clínicos:** hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, anatomía patológica, citología y cariotipos (*) así como **los estudios genéticos exclusivamente cuando su finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad en pacientes afectos y que manifiesten signos o síntomas de la misma. Se incluyen además las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica elaborada por la autoridad sanitaria correspondiente para la administración de algunos medicamentos (*)**. También se incluye 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 (*)**.

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

- **Aparato Circulatorio:** Electro y Fonocardiograma. Ecocardiograma, Doppler, Cateterismo (*), Holter (E.C.G. y T.A.), Ergometría, Estudios Electrofisiológicos Cardiacos (*).

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

- **Neurofisiología:** Electroencefalograma, Ecoencefalograma, Electronistagmografía, Electromiografía, Medida de la velocidad de conducción nerviosa. Estudio polisomnográfico en síndrome de apnea obstructiva del sueño (*).

- **Obstetricia y Ginecología:** Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis (*), Cariotipos (*).

- **Oftalmología:** Retinografía, Fluoresceingrafía, OCT (Tomografía de coherencia óptica) (*), Campimetría, Ecografía.

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

La prescripción escrita de los anteriores medios de diagnóstico por el médico deberá ser visada y autorizada con carácter previo a su práctica por la entidad para todos estos servicios excepto los Análisis Clínicos y Radiología convencional.

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

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)

Siempre se realizarán previa prescripción de un médico especialista en la materia, de la Lista de Facultativos. Junto con la prescripción se acompañará un informe del médico especialista que se presentará para la correspondiente autorización en la entidad con carácter previo a su práctica.

Estos servicios comprenden:

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

- **Láser Quirúrgico.** Para Otorrinolaringología, Ginecología, Aparato Digestivo (pólipos rectales) y Oftalmología (fotocoagulación en patologías retinianas). Se incluye el láser verde (KTP y HPS), de diodo, holmio o tulio para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.

- **Litotricia extracorpórea.** Para tratamiento de la Litiasis renal.

- **Medicina Nuclear.**

- Oncología. Quimioterapia (incluye los medicamentos quimioterápicos oncológicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las 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**), Cobaltoterapia, Radioterapia, incluida la Radioterapia de Intensidad Modulada así como la Braquiterapia para el tratamiento del cáncer de próstata, ginecológico, genital y de mama (**no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáxica, la Tomoterapia ni otras formas especiales de Radioterapia**).

- **Preparación al parto.**

- **Radiología Intervencionista.**

- **Rehabilitación.** Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, Foniatría.

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

- **Tratamiento del dolor.**

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

9.- Hospitalización (incluida Hospital de Día)

La Hospitalización se hará siempre en centros propios o concertados por la entidad, incluidos en la Lista de Facultativos, en habitación individual con cama de acompañante, salvo imposibilidad manifiesta.

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

En todos los casos, la orden de internamiento deberá ser formulada por un médico especialista en la materia de la Lista de Facultativos y autorizada con carácter previo en la entidad. La permanencia en régimen de Hospitalización no tiene límite de estancias y dependerá de si, según criterio del médico de la Lista de Facultativos, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. **En ningún supuesto se aceptarán como**

motivo de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

Estos servicios incluyen:

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

· **Hospitalización pediátrica.**

- Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto y mientras la madre permanezca en la clínica.

- Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en Centro Especializado (Neonatología, Incubadora).

- Hospitalización por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica.

Cuando la edad del niño, y el Centro, lo permitan, el enfermo podrá estar acompañado.

Los recién nacidos tendrán derecho a la asistencia médica en hospitalización cubierta por la Póliza de la madre exclusivamente durante los 30 primeros días de vida. Para continuidad en la asistencia deberán ser asegurados dentro del expresado período.

· **Hospitalización por motivo quirúrgico.**

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

Para tratamiento de los procesos agudos que, a juicio del especialista de la Lista de Facultativos, no puedan tratarse en el domicilio del paciente con técnicas correctas y precisen internamiento.

· **Hospitalización Psiquiátrica.** Para enfermos mentales afectados de procesos agudos y recuperables.

En estos casos no incluye cama de acompañante. **Se establece una limitación de 50 días de Hospitalización por año natural.**

· **Hospitalización en unidades especializadas**, como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidad Coronaria.

En estos casos no incluye cama de acompañante.

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

10.- Cirugía Ambulatoria

Incluye cualquier intervención diagnóstica o terapéutica realizada por un médico especialista en un centro autorizado y que requiere normalmente una sala de intervenciones. **Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.**

11.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

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

12.- Prótesis e Implantes

La entidad cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes que se detallan a continuación: Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis (**excluidos los sustitutivos de hueso natural, cerámicas fosfocálcicas, cementos fosfocálcicos, sulfato cálcico, colágeno, materiales osteoinductores, matriz ósea desmineralizada, proteína**

ósea morfogénica, factores de crecimiento); las prótesis valvulares cardíacas; las prótesis vasculares tipo "by pass" y los stents coronarios; los marcapasos unicamerales y bicamerales (**excepción hecha de los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular**); las prótesis de mama (exclusivamente tras mastectomía por neoplasias. Se excluye el tratamiento de la mama contra-lateral) y las lentes intraoculares para el tratamiento de la catarata (**no son de cobertura las lentes bifocales, multifocales, tóricas o correctoras de defectos de refracción de cualquier tipo**).

Cualquier otro gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, o a cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle anterior, correrá a cargo del asegurado.

13.- Planificación Familiar

Incluye consulta, implantación de DIU, vasectomía y ligadura de trompas. Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad.

Se establece un período de carencia de 6 meses.

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

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

15.- 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.

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

16.- Segunda Opinión

El asegurado tendrá derecho a la prestación de Segunda Opinión Médica para determinadas patologías y cuadros clínicos que figuran en el **Anexo III** de estas Condiciones Generales.

17.- Psicoterapia

Incluye 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).

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

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses, siendo el número máximo de sesiones

cubierto por la entidad de 20 sesiones por año natural para el conjunto de enfermedades cubiertas por esta prestación, salvo en trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia cuyo límite será de 40 sesiones por año natural.

18.- Medicina Preventiva

Incluye programas en Pediatría, Ginecología, Cardiología, Urología y Aparato Digestivo de

acuerdo con las recomendaciones generalmente aceptadas, que figuran en el **Anexo IV** de estas Condiciones Generales.

Tercera: Prestaciones excluidas

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

- 1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.**
- 2. Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.**
- 3. Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.**
- 4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe suscribir el asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
- 5. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, toreo, etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.**
- 6. La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).**
- 7. Los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 7 (Medios Especiales de diagnóstico) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.**
- 8. La Homeopatía, organometría y acupuntura, así como las técnicas diagnósticas o de tratamiento experimentales o no reconocidas por la ciencia médica o realizadas para ensayos clínicos de cualquier tipo.**
- 9. En la especialidad de Odontología quedan excluidos los empastes, las prótesis, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia, así como las pruebas previas para estos tratamientos.**
- 10. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de psicoterapia del punto 17 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria.**
- 11. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial y la fecundación «in vitro». También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo aunque esté indicada en los términos previstos por la legislación vigente.**

12. En Rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica. Así mismo se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación en enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.

13. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.

14. La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica intravenosa o intravesical empleada en los tratamientos quimioterápicos oncológicos ambulatorios administrados en Unidades de Oncología en régimen de Hospital de Día. Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate.

15. Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas, así como el láser quirúrgico cualquiera que sea el órgano a tratar, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 8 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.

16. La radiocirugía esterotáxica, así como otras técnicas especiales de radioterapia, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 8 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.

17. Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en aquellas patologías oncológicas incluidas en el Anexo II de estas Condiciones Generales).

18. 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).

19. Toda asistencia derivada de la infección por V.I.H.

20. Se excluyen de la cobertura del seguro todos aquellos medios, procedimientos y técnicas de diagnóstico o tratamiento que no sean practicados de modo general en los hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad Pública. Para considerar que cualquier técnica o procedimiento se realiza de modo general en centros de titularidad pública deberá practicarse en dichos centros al menos en la mayoría de las Comunidades Autónomas. En el caso de las Comunidades con varios centros hospitalarios públicos deberá realizarse, además, en la mayoría de dichos centros públicos.

Cuarta: Prestación y utilización de los servicios

1. Derecho a la asistencia.

El ejercicio de los derechos comprendidos en la Póliza corresponde al asegurado, siendo dicho ejercicio personal e intransferible.

Al requerir los servicios que procedan, el asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a ASISA (Tarjeta Magnética), el D.N.I. (las personas

obligadas a poseerlo) y el recibo de estar al corriente de pago.

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

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

2. Participación del Asegurado

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

3. Libertad de elección de médico

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en la Lista de Facultativos de la entidad. El asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido, salvo los casos en que, con arreglo a las cláusulas de este contrato, sean exigibles requisitos adicionales.

4. Asistencia primaria

El Médico de Cabecera, Pediatra y Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE/ATS), podrán ser elegidos libremente por el asegurado aunque se recomienda elegir alguno de los más próximos a su domicilio con el fin de que la asistencia domiciliaria y en consulta pueda ser lo más rápida y cómoda posible.

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

Los servicios de Enfermería (D.U.E./A.T.S.) se prestarán en la misma forma que los de Medicina General, precisando orden escrita del facultativo que hace la prescripción con indicación de si ha de realizarse a domicilio o en consulta y la duración de los mismos.

5. Asistencia domiciliaria

La visita a domicilio será solicitada hasta las cinco de la tarde, o hasta que entren en funcionamiento los servicios de urgencia domiciliaria, si esto ocurriera mas tarde, y se prestará solamente a aquellas personas impedidas para asistir a la consulta. Después de la hora señalada deberá recurrirse al Servicio de Urgencia.

La entidad se obliga a prestar los servicios en el domicilio que figura en la Póliza y cualquier cambio de domicilio deberá ser notificado a la entidad, con anticipación mínima de 8 días. Para mantener los derechos de asistencia, el nuevo domicilio deberá estar situado dentro del ámbito asistencial de la entidad.

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

6. Asistencia especializada

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

El asegurado podrá acudir directamente a la consulta del Especialista, según lo establecido

para cada caso en la Lista de Facultativos y en el Manual de Instrucciones para los asegurados.

Los datos que figuran en la Lista de Facultativos pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia se consulte con la entidad.

7. Servicios de Urgencia

La utilización de los Servicios de Urgencia de la entidad, deberá efectuarse mediante llamada telefónica o acudiendo directamente al centro o centros establecidos al efecto. Siguiendo las instrucciones específicas que para cada demarcación geográfica figuran en la Lista de Facultativos entregada al asegurado.

8. Asistencia a desplazados

La entidad se compromete a prestar asistencia sanitaria al asegurado desplazado a cualquier provincia del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades en que existan Centros concertados. A estos efectos se suministra una relación de sus Delegaciones y Subdelegaciones, y de las oficinas de entidades colaboradoras en las provincias en que no existe Delegación, a las cuales debe dirigirse el asegurado para conocer los Centros en que puede ser atendido a cargo de la presente póliza.

9. Asistencia en viajes

El asegurado con residencia en España tendrá, tanto en España como en el Extranjero, la cobertura del Seguro de Asistencia en Viajes, que se describen en el apartado correspondiente.

10. Medios de diagnóstico y tratamiento

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

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

11. Hospitalización

La Hospitalización habrá de ser prescrita en todo caso por el médico especialista en la materia de la Lista de Facultativa que vaya a tratar al asegurado mediante escrito, en el que figure el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. Este escrito deberá ser presentado en las oficinas de la entidad para la correspondiente autorización previa. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro propio o concertado con la entidad y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza. Sin estos requisitos la entidad no autorizará ningún internamiento ni se hará cargo de ninguna prestación sanitaria ni asumirá ninguna otra obligación económica.

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

La entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalizaciones en Centros no concertados, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, el asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la entidad en el plazo máximo de 7 días. Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar

donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un Centro Público (si el asegurado tiene derecho a Sanidad Pública). Una vez sea posible se deberá trasladar al asegurado a un Centro propio o concertado.

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

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

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

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

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

Quinta: Duración del Seguro

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

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el asegurador fijará anualmente las primas a aplicar en cada anualidad, adaptándolas a la variación de los costes, a las nuevas prestaciones y a la morbilidad. Dichas primas serán comunicadas al tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

En cada período de prórroga la prima se corresponderá con la determinada por la Entidad en función de la edad que el asegurado tenga a 31 de diciembre del periodo de seguro que vence.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en el párrafo primero de esta Cláusula.

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.

Sexta: Pago de Primas

El tomador del seguro, de acuerdo con el Artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, según lo previsto en las Condiciones Particulares.

La primera prima o fracción de ella será exigible, conforme 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 la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ella, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto 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 asegurador y el asegurado sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

Las partes contratantes convienen en que el asegurado amparado por esta Póliza participe en el coste de los servicios que utilice. Dicha participación será única para cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado. **Su importe se fijará anualmente por la entidad. Lo establecido en la presente Cláusula SEXTA, para el caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o fracciones de ella, será de aplicación en caso de impago del importe de la participación del asegurado en el coste de los servicios.**

Séptima: Obligaciones y Deberes del Tomador y/o Asegurado

El tomador del seguro y en su caso, el asegurado tiene las siguientes obligaciones:

- a. Antes de la formalización del contrato debe declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario de salud que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo.
- b. Comunicar al asegurador, el cambio de domicilio. Si supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado b. de la condición siguiente.
- c. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- d. Facilitar la subrogación del asegurador, que establece en los Artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

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 de la Póliza, 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 la Póliza.

b. El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiera sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Si hubiese acaecido el siniestro, ASISA podrá exigir el pago del servicio prestado con anterioridad al desistimiento, que consistirá en el importe de la prima que sea proporcional al tiempo transcurrido hasta el momento del desistimiento.

Novena: Facultades del Asegurador

Cuando el asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el tomador del seguro o el asegurado con anterioridad a la suscripción de la Póliza, podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al tomador del seguro o en su caso al asegurado en el plazo de un mes desde que tiene el citado conocimiento.

Décima: Pérdida de Derecho, Indisputabilidad del Contrato y Nulidad del mismo.

1. El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a. En caso de reserva o inexactitud por parte del tomador o, en su caso, del asegurado, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el cuestionario de salud) antes de la suscripción de la Póliza, siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del tomador del seguro o, en su caso, del asegurado (Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

Si no se hubiere practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el tomador o el asegurado haya actuado con dolo al suscribir el cuestionario de salud.

3. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de

Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

Decimoprimera: Comunicaciones

Las comunicaciones a la entidad aseguradora, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la póliza. Si se realizan al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, (Artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro y Artículo 12.1 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

Las comunicaciones de la entidad aseguradora al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

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

Decimosegunda: Reclamaciones y Prescripción

Los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante la Delegación Provincial de ASISA, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la entidad aseguradora, un modelo de reclamación.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE del Grupo ASISA, de acuerdo con la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la entidad aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

Con independencia de las instancias anteriores, 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 será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

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

Decimotercera: Ámbito del Seguro

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el territorio nacional, salvo lo establecido para la prestación de Asistencia en Viajes.

Décimocuarta: Protección de Datos de Carácter Personal

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, identificados como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio web www.asisa.es. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos acerca de la empresa, sus actividades, y servicios, por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras subsista cualquier relación comercial o contractual con ASISA y aún tras el cese de dichas relaciones.

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

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro."

Décimoquinta: Exoneración de Responsabilidad

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **ASISA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.**

Decimosexta: Derecho de Desistimiento

En caso de contratación a distancia, el tomador del seguro podrá desistir del contrato en un plazo de 14 días naturales, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, mediante comunicación fehaciente dirigida al asegurador. El plazo para ejercer el derecho de desistimiento empezará a correr desde el día de la celebración del contrato. No obstante, si el tomador no hubiera recibido las condiciones contractuales y la información contractual necesaria, el plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a contar el día en que reciba la citada información (Artículo 10 de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores).

ANEXO II

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

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

• **Diagnóstico:**

- Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
- Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
- Caracterización de una masa pancreática.

• **Estadificación:**

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow > 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

• **Monitorización de la respuesta al tratamiento:**

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

• **Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:**

- Gliomas con alto grado de malignidad (grados III o IV).
- Tumores de cabeza y cuello.
- Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de ovario.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno.

ANEXO III

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y CONSULTA CON EXPERTOS INTERNACIONALES

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

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

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

Para solicitar esta prestación deberá llamar al teléfono 902 194 525 donde le indicarán la documentación de pruebas e informes médicos que, junto con un cuestionario que le facilitarán, referente al primer diagnóstico establecido deberá enviar a la dirección que le indiquen.

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

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

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

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

ORIENTACIÓN MÉDICA

Permitirá resolver dudas médicas las 24 horas del día a través de la consulta con médicos. Si usted ha gestionado un caso de Segunda Opinión Médica, contará con un médico asignado, quién estará a su disposición para comentar telefónicamente la evolución de su caso y resolver todas aquellas dudas que le vayan surgiendo.

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

APOYO PSICOEMOCIONAL

Además, telefónicamente, usted contará con la posibilidad de solicitar apoyo psicológico relativo a su enfermedad o estado de salud. Dicho servicio consistirá en la concertación de una conferencia con un psicólogo de nuestro equipo quien le asesorará, orientará y apoyará emocionalmente a superar la adversidad. El servicio consistirá en un máximo de 5 sesiones telefónicas.

ANEXO IV

MEDICINA PREVENTIVA

En las especialidades indicadas a continuación se incorporan programas que incluyen consulta con el médico especialista así como las pruebas diagnósticas que se indican, a título de ejemplo, y siempre que el facultativo las considere necesarias (en todo caso, dichas pruebas deben ser prescritas y realizadas por facultativos de la lista de la entidad).

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

• **Ginecología:** Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta y exploración así como las pruebas diagnósticas (mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo) que su Ginecólogo le indique.

- En la prevención del cáncer de mama se recomienda la realización de una mamografía cada 2 años en mujeres mayores de 50 años (su Ginecólogo, no obstante, le indicará con qué frecuencia debe realizarse esta exploración en su caso).

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

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

La frecuencia recomendada de estos exámenes varía con la edad y en función de si existen o no factores de riesgo coronario, por lo que su Cardiólogo determinará la periodicidad adecuada en su caso.

• **Urología:** Diagnóstico precoz del cáncer de próstata en hombres a partir de 50 años (o antes si existen factores de riesgo conocidos). Comprende consulta médica así como análisis de sangre (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas (como ecografía y/o biopsia de próstata) que el especialista considere oportunas. En general, se recomienda un examen anual a partir de los 50 años, no obstante, su Urólogo le indicará la frecuencia y exploraciones precisas en su caso.

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

ANEXO V

CONDICIONADO DEL SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJES

Las personas físicas, aseguradas de pólizas de asistencia sanitaria de ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U., con residencia en España, tendrán derecho a las coberturas que a continuación se detallan, coberturas que podrán ser prestadas directamente por la misma, o a través de aquellas otras entidades con las que concierte la prestación, detallándose igualmente las condiciones y limitaciones de dichas coberturas con arreglo a los puntos que a continuación se recogen:

ASEGURADO

La 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.

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

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

Únicamente estará cubierta por el presente contrato, salvo que se especifique expresamente, aquella alteración del estado de salud de un individuo sobrevenida durante el transcurso de un viaje cubierto por 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.

AMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo.

Se excluyen en todo caso, aquellos países que durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

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

AMBITO TEMPORAL

Las prestaciones posteriormente definidas serán válidas con carácter anual, siempre que

el tiempo de permanencia fuera de la residencia habitual no sea superior a 90 días consecutivos, por viaje o desplazamiento. Esta limitación no regirá cuando el desplazamiento sea dentro del territorio español.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado acaecido durante el transcurso de un viaje por el extranjero, la aseguradora garantiza durante la vigencia del Contrato y hasta un máximo de 12.000 Euros, por asegurado y viaje, los gastos enumerados a continuación:

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

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

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

2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

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

3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

- En avión sanitario especial.
- En helicóptero sanitario.
- En avión de línea regular.
- En coche-cama primera clase.
- En ambulancia.

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

Si el asegurado una vez recuperado desea continuar con su desplazamiento, y el estado de salud de aquel lo permite, la aseguradora se encargará de organizar su traslado hasta el lugar de destino de su desplazamiento, siempre que el coste de este trayecto no sea superior al de la vuelta a su domicilio habitual. No obstante, no quedarán cubiertos los gastos derivados de la patología sufrida por el beneficiario si este toma la decisión de continuar al

lugar de destino de su desplazamiento.

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

En caso de defunción en España del cónyuge, pareja de hecho, padres, hijos, abuelos, nietos, yernos, nueras, cuñados o hermanos del asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por 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 hospitalizado más de cinco días o de tres días en el caso de menores o discapacitados, y ningún familiar directo se encuentra a su lado, la aseguradora pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un miembro de la familia o persona designada por ésta, con domicilio habitual en España, para que pueda acompañarle.

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

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

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por Enfermedad Sobrevenida o Accidente en aplicación de la prestación "Traslado sanitario de enfermos y heridos", o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida a los acompañantes del Asegurado su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de un acompañante hasta el lugar de su Domicilio

Habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase).

9. Acompañamiento de menores y discapacitados

Si los asegurados que viajen con hijos menores o discapacitados, se encuentran en la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad o accidente, cubierto por 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. Envío de medicamentos

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

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

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

11. Búsqueda y localización de equipaje

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

12. Transmisión de mensajes urgentes

La aseguradora a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino.

13. Responsabilidad Civil.

El seguro garantiza a primer riesgo la indemnización de **hasta 4.000 euros** por daños personales, materiales y/o sus perjuicios consecuenciales causados por el Asegurado a un tercero y le puedan ser exigibles, conforme a la legislación vigente en el país correspondiente, por responsabilidad de naturaleza extracontractual.

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

14. Servicio de Información

La aseguradora dispondrá para sus asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas todas las días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de precauciones médicas, de condiciones de viaje y de vida

local, medios de transporte, alojamientos, restaurantes, etc.; información relacionada con el vehículo como talleres, gasolineras, compañías aseguradoras, etc.

15. Adelanto de Fondos

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

16. Servicio de Intérprete

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

17. Orientación médica telefónica

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

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

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

18. Asesoramiento en sucesiones.

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

- a. Asesoramiento jurídico al asegurado sobre el otorgamiento de testamento.
- b. Diseño, redacción, elaboración y, en su caso, intervención en el acto de la firma notarial.
- c. Atención personalizada a los beneficiarios.
- d. Servicio permanente de asistencia jurídica telefónica en materia sucesoria.
- e. Obtención de todos los certificados necesarios:
 - Defunción.
 - Nacimiento.
 - Matrimonio o convivencia.
 - Fe de vida.
 - Registro de actos de últimas voluntades.
- f. Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:
 - Baja.
 - Auxilio por defunción.
 - Altas del cónyuge.
 - Altas de otros beneficiarios.
- g. Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.
- h. Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
- i. Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:
 - Copia del último testamento.
 - Declaración de herederos abintestato.
 - Apertura del testamento.
 - Determinación del caudal hereditario.

- Adjudicación y partición de la herencia.
- j. Tramitación de la carta de pago.
- k. Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales.
- l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

Todos los servicios anteriores, con excepción de los indicados en las anteriores letras a) y b), serán prestados igualmente a los Beneficiarios de los asegurados.

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

19. Trámites administrativos para la obtención de visados

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

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

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

20. Cancelación de Tarjetas

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

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

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

21. Bloqueo del teléfono móvil

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

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

EXCLUSIONES

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

1.- Enfermedades, lesiones o 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.

2.- Enfermedades mentales.

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

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

5.- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.

6.- Accidentes laborales o enfermedades profesionales.

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

8.- 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.**

9.- El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, así como las consecuencias derivadas del mismo.

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

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

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

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

14.- 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.

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

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

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

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

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

TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

Las prestaciones definidas anteriormente, serán efectuadas bajo petición expresa del asegurado al nº 34.915.143.611 o mediante fax nº 34.915.149.950.

El Asegurado llamará a cobro revertido, si así lo desea al número anterior indicando: nombre y apellidos, nº de póliza de asistencia sanitaria de **ASISA**, lugar donde se encuentra, dirección y teléfono, naturaleza de la asistencia que precisa o índole de su problema, para garantizarle la prestación de los servicios con la mayor diligencia y durante las 24 horas del día, incluidos domingos y festivos.

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

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

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

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

SUBROGACIÓN

La aseguradora se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención. Cuando las prestaciones realizadas en ejecución del presente contrato sean cubiertas en todo o en parte por una entidad aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, la aseguradora quedará subrogada en los derechos y acciones del asegurado frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el asegurado se obliga a colaborar activamente con la aseguradora prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que se pudiera considerar necesario, sin gasto para el asegurado.

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

ANEXO VI

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DENTAL

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (B.O.E. de 15 julio), y por lo dispuesto en el R.D. 2.486/1998 de 20 de noviembre que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las condiciones generales y particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

- Asegurador: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. entidad emisora de esta póliza que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, dentro de los límites pactados.
- Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe esta Póliza, y a la que corresponden los derechos y obligaciones que de la misma se deriven, salvo aquellos que por su naturaleza correspondan expresamente al asegurado o beneficiario.
- Asegurado: Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que en defecto del tomador asumen las obligaciones derivadas del contrato.
- Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza; las Condiciones Generales, el Cuadro de Coberturas y Franquicias que especifica los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la póliza, las Particulares que individualizan el riesgo; y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, durante la vigencia del seguro.
- Prima: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago y podrá sufrir variaciones en función de los costes y de la modificación de servicios.
- Franquicia: Importe que el asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por los servicios odontológicos que, cubiertos por este seguro, utilice. Dicho

importe que podrá ser diferente en función de los distintos servicios odontológicos vendrá fijado en el Cuadro de coberturas y franquicias que se integran en la póliza.

· Urgencia Vital: Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un extremo y grave riesgo para la vida o integridad física del asegurado, y que requiera de una inmediata y urgente atención sanitaria.

Los servicios odontológicos, así como sus importes podrán ser modificados y/o actualizados

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, y mediante el pago de la correspondiente prima, la entidad aseguradora se compromete a prestar al asegurado los servicios odontológicos que éste requiera de acuerdo con las coberturas establecidas en el correspondiente CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato del Seguro, el asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de las prestaciones cubiertas por la póliza.

SEGUNDA: DESCRIPCION DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

Los servicios odontológicos cubiertos por la póliza se relacionan en el CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS, que se entrega con el resto de documentos de la póliza.

En dicho Cuadro se especifica el importe de las franquicias correspondientes a cada servicio.

Junto con el Cuadro de coberturas y franquicias la entidad aseguradora entregará el CUADRO MEDICODENTAL donde figuran los centros permanentes de urgencias, la lista de facultativos y/o los centros asistenciales donde le prestarán los servicios cubiertos por la póliza.

TERCERA: RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro los servicios odontológicos consecutivos o derivados de:

1. Los producidos por hechos derivados de conflictos armados, hayan ido precedidos o no declaración oficial de guerra, así como las epidemias oficialmente declaradas.

2. Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.

3. Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.

4. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, toreo, etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.

5. Los debidos a lesiones originadas o producidas por embriaguez, por toxicomanía, por intento de suicidio, por locura, por riña o desafío.

6 Cualquier servicio odontológico no incluido expresamente en el cuadro de coberturas y franquicias.

CUARTA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Las prestaciones cubiertas por el seguro, las cuales se indican en el CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS, **serán prestadas exclusivamente por los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos en el CUADRO MEDICO-DENTAL**, que la aseguradora entregará al asegurado, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos.

La entidad no se responsabiliza ni se hará cargo del coste de ninguna prestación realizada fuera del CUADRO MEDICO-DENTAL. Se exceptúan las prestaciones por motivo de urgencia vital, siempre que se sometan a la autorización de la entidad, dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar

2. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el asegurado las prestaciones cubiertas por la póliza.

3. Al solicitar las prestaciones, el asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a la POLIZA DENTAL DE ASISA, el D.N.I. (las personas obligadas a poseerlo) y el último recibo de prima que demuestre estar al corriente de pago.

4. Las prestaciones de este seguro, se realizan exclusivamente de forma ambulatoria en Clínica Dental, por lo que no estarán cubiertas ni la Hospitalización ni la anestesia general.

5. En caso de urgencia, deberá acudir al centro/s de urgencia que la entidad tenga establecido al efecto, cuya dirección y teléfono figurarán en el Cuadro Médico-Dental que el asegurador entrega al asegurado.

6. De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión la tomará el asegurado, de acuerdo con las coberturas de la póliza.

7. Cuando deban efectuarse tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Médico-Dental, en base a las coberturas y franquicias del correspondiente Cuadro.

8. El asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a las prestaciones realizadas de acuerdo con lo previsto en el Cuadro de Coberturas y Franquicias.

QUINTA: PLAZO DE CARENCIA

Las coberturas pactadas serán facilitadas por la entidad, desde la fecha de efecto del contrato.

SEXTA: DURACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLIZA

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares, y a su vencimiento, conforme al artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro se prorrogará por períodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Asegurador fijará anualmente las Primas a aplicar en cada anualidad, adaptándolas a la variación de los costes, a las nuevas prestaciones y a la morbilidad. Dichas primas serán comunicadas al Tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en el párrafo primero de esta cláusula. La aceptación por el tomador de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo correspondiente al nuevo período de la prórroga.

SEPTIMA: PAGO DE LAS PRIMAS

El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima. En Condiciones Particulares se fija la forma de pago.

La primera prima o fracción de ella será exigible, conforme el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro una vez firmado el 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 la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

En caso de falta de pago de la segunda prima y sucesivas o fracciones de ella, la cobertura de la entidad aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

En cualquier caso, la Entidad aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, solamente podrá exigir el pago de la prima del período de seguro en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima.

La entidad aseguradora y el asegurado solamente quedan obligados por los recibos librados por la dirección de aquella o por sus representantes legalmente autorizados.

OCTAVA: OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

El tomador del seguro y, en su caso el asegurado o el beneficiario, tienen las obligaciones y deberes siguientes:

a. Comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible el cambio de domicilio del asegurado que figura en el contrato.

b. En caso de siniestro, comunicar a la entidad aseguradora su acaecimiento dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, con los efectos previstos en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, y darle toda clase de información sobre las circunstancias del siniestro.

c. Aminorar las consecuencias del siniestro, utilizando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la intención manifiesta de perjudicar o engañar a la entidad aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro, conforme al artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro.

d. El tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se le subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

e. En caso de contratación a distancia, el tomador del seguro podrá desistir del contrato en un plazo de 14 días naturales, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, mediante comunicación fehaciente dirigida al asegurador. El plazo para ejercer el derecho de desistimiento empezará a correr desde el día de la celebración del contrato. No obstante, si el tomador no hubiera recibido las condiciones contractuales y la información contractual necesaria, el plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a contar el día en que reciba la citada información (Artículo 10 de la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores).

Si hubiese acaecido el siniestro, ASISA podrá exigir el pago del servicio prestado con anterioridad al desistimiento, que consistirá en el importe de la prima que sea proporcional al tiempo transcurrido hasta el momento del desistimiento.

NOVENA: OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Además de prestar la asistencia odontológica contratada la entidad aseguradora deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro y demás documentos que haya suscrito el tomador del seguro.

Asimismo la entidad entregará al tomador del seguro los documentos identificativos del asegurado o asegurados, así como la relación de profesionales y/o centros (CUADRO MEDICO-DENTAL) donde debe acudir para recibir los servicios contratados.

DECIMA: NULIDAD DEL CONTRATO

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 no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOPRIMERA: PERDIDA DE LOS DERECHOS

Se pierde el derecho a la prestación:

a) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Si el tomador del seguro o el asegurado no facilitan a la entidad aseguradora la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave por su parte (artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el asegurado o el tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro y lo hacen con la manifiesta intención de engañar o perjudicar a la entidad aseguradora (artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro).

d) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOSEGUNDA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la entidad aseguradora, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la póliza. Si se realizan al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, (artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro y artículo 12.1 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

Las comunicaciones de la entidad aseguradora al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieran notificado a la entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

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

DECIMOTERCERA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

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

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE del Grupo ASISA, de acuerdo con la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la entidad aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

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

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

DECIMOCUARTA: ÁMBITO DEL SEGURO

La garantía del presente seguro se extiende a todo el territorio nacional.

DECIMOQUINTA: PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U), así como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio web www.asisa.es.

Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos acerca de la empresa, sus actividades, y servicios, por diferentes medios, inclusive el correo electrónico.

El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras subsista cualquier relación negocial o contractual con ASISA y aún tras el cese de dichas relaciones.

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

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

DECIMOSEXTA: EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, ASISA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.

ANEXO VII

ADJUNTAR FRANQUICIAS DENTALES...