

ASISA REEMBOLSO PYMES

Condiciones Generales



ÍNDICE

CLÁUSULA PRELIMINAR.....	5
DEFINICIONES	5
Primera: Objeto y límite del seguro.....	14
Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas.....	17
Tercera: Prestaciones excluidas.....	42
Cuarta: Utilización de los servicios	48
Quinta: Garantías opcionales.....	60
Sexta: Duración del contrato de seguro.....	72
Séptima: Condiciones económicas del Seguro.....	73
Octava: Obligaciones y deberes del tomador y/o asegurado..	77
Novena: Facultades del tomador y/o asegurado	80
Décima: Facultades de la Entidad Aseguradora.....	81
Decimoprimera: Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo	83
Decimosegunda: Comunicaciones	84
Decimotercera: Reclamaciones y prescripción	85
Decimocuarta: Ámbito del seguro.....	86
Decimoquinta: Protección de datos de carácter personal	87
Decimosexta: Exoneración de responsabilidad	94
Decimoseptima: Cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios	94
ANEXO I.....	100
ANEXO II.....	102
ANEXO III.....	105
ANEXO IV.....	107
ANEXO V.....	124
ANEXO VI.....	127
ANEXO VII-Cuadro de coberturas y franquicias 2026	131
Condiciones Especiales ASISA Reembolso Pymes	136
Normas de Contratación.....	142

CONDICIONES GENERALES ASISA REEMBOLSO PYMES

CLÁUSULA PRELIMINAR

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

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

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

DEFINICIONES

A los efectos de este Contrato de seguro se entenderá por:

Accidente: es la lesión corporal que deriva de una causa

violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Accidente Bucodental: es la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca un daño en la cavidad bucodental del Asegurado.

Asegurado: la persona física designada en las Condiciones Particulares, sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.

Asegurador: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTER-PROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que asume el riesgo contractualmente pactado a cambio del cobro de la Prima. Asimismo, en este documento se podrá hacer referencia al Asegurador como la Entidad Aseguradora o ASISA.

Beneficiario(s): la(s) persona(s) titular(es) del derecho a percibir la Suma Asegurada por este Contrato de seguro, conforme a las Garantías Opcionales de Indemnización por Fallecimiento por Accidente y/u Indemnización por Hospitalización que hayan sido contratadas, en caso de producirse un Siniestro.

Cavidad Bucodental: es el espacio anatómico constituido por los dientes, sus estructuras de soporte, incluido el reborde alveolar palatino y mandibular, y la encía de recubrimiento. **Queda excluida la piel de la cara, los labios, los trastornos de los músculos y la articulación temporomandibular, el suelo de boca y el paladar duro y blando (excepto la parte alveolar de paladar duro y mandíbula).**

Contrato de seguro (Póliza): es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante del mismo: Solicitud de Seguro; Cuestionario

de Salud; Condiciones Generales; Condiciones Particulares, que individualizan o concretan el riesgo que se asegura; Condiciones Especiales (en su caso); suplementos, anexos o apéndices que se emitan para complementarlo o modificarlo durante la vigencia del seguro.

Condiciones Especiales: documento integrante de la Póliza en el que se especifican los límites cuantitativos de la modalidad de Reembolso de gastos de la Garantía Obligatoria. Se incluyen como Anexo a las presentes Condiciones Generales.

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

Cuadro de Coberturas y Franquicias: relación de prestaciones y Franquicias aplicables a las mismas incluidas en la cobertura de la Garantía Opcional de Seguro Dental, en caso de que sea contratada. Se facilita en la documentación precontractual previa y se acompaña como Anexo VII de las presentes Condiciones Generales.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados para el producto de seguro contratado, organizado por provincias, que la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado a través de las oficinas de sus delegaciones provinciales, en www.asisa.es y en la App de ASISA.

El contenido de la información relativa a los proveedores sanitarios que figura en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y prestación de los servicios, se confirme que el profesional o centro sanitario está concertado por ASISA para dicha asistencia y, ante cualquier contingencia, se consulte con la Entidad

Aseguradora a través de los diferentes canales de información disponibles.

El tomador del Seguro y el asegurado quedan informados, y asumen, que los profesionales y los centros sanitarios que integran el Cuadro Médico/Lista de facultativos y Servicios actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental: relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados para la Garantía Opcional de Seguro Dental, organizado por provincias, que la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado a través de las oficinas de sus delegaciones, en www.asisa.es y en la App de ASISA.

El contenido de la información relativa a los proveedores sanitarios que figuran en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y Prestación de los servicios, se confirme que el profesional o centro sanitario dental está concertado por ASISA para dicha asistencia y, ante cualquier contingencia, se consulte con la Entidad Aseguradora a través de los diferentes canales de información disponibles.

El Tomador del Seguro y Asegurado quedan informados, y asumen, que los profesionales y los centros sanitarios que integran el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia.

Cuestionario de Salud: declaración que debe realizar, de forma veraz y completa, el Tomador/Asegurado antes de la formalización del Contrato de seguro y que permite a

la Entidad Aseguradora efectuar la valoración del riesgo a asegurar.

Dolencia/Enfermedad previa o preexistente: Es aquella alteración del estado o condición de salud del asegurado que existe con anterioridad al momento de contratación o incorporación en el seguro y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

Dolo: acción u omisión cometida con fraude, engaño u ocultación sobre cuestiones relevantes para la perfección del contrato, para el desarrollo del mismo o para la determinación de las prestaciones o indemnizaciones que correspondan, con la intención de producir un daño u obtener un beneficio.

Domicilio del Tomador del Seguro y/o del Asegurado: el que figure identificado en las Condiciones Particulares.

Enfermedad: toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un Accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la Prestación de asistencia sanitaria o, en su caso, el pago de una indemnización.

Fecha de Inicio: día y hora de entrada en vigor del Contrato de seguro y/o cualquiera de las Garantías Opcionales contratadas en momento posterior. Se indica en las Condiciones Particulares y, en su caso, suplemento por el cual se contratase, al menos, una Garantía Opcional.

Fin terapéutico inicialmente planificado: a los efectos de la Garantía Opcional de Seguro Dental, se entiende por tal el objetivo médico-dental pretendido con el diagnóstico inicial efectuado al Asegurado que motivó el inicio del Tratamiento Dental Inicial.

Franquicia: a los efectos de la Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria, es el importe que el Asegurado

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

A los efectos de la Garantía Opcional de Seguro Dental, es el importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico concertados por la Entidad Aseguradora por los servicios odontológicos cubiertos que utilice. Dicho importe, que podrá ser diferente en función de los distintos servicios odontológicos, vendrá fijado en el Cuadro de Coberturas y Franquicias.

Garantía Obligatoria: es la garantía básica que se contrata en todo caso con la suscripción del presente Contrato de seguro. Comprende la cobertura de las Prestaciones aseguradas en las Modalidades de asistencia sanitaria y de Reembolso de gastos, establecidas en la cláusula Segunda de las Condiciones Generales, y regulada en el resto de las cláusulas aplicables de las mismas, y de las Condiciones Particulares.

Garantías Opcionales: son las reguladas en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales (Indemnización por Fallecimiento por Accidente, Indemnización por Hospitalización y Seguro Dental), e indicadas en la documentación precontractual, que pueden ser contratadas de forma opcional por el Tomador del Seguro en el momento de suscripción del Contrato de seguro o en un momento posterior. Sus términos y condiciones individualizados se establecen en las Condiciones Particulares o suplemento aplicable.

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

Hospital de Día: unidad hospitalaria para procedimientos

médicos y quirúrgicos, con o sin anestesia, y con permanencia registrada del paciente por un periodo inferior a 24 horas.

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

Implantología: a efectos de la Garantía Opcional de Seguro Dental, es la Rehabilitación prostodóncica del paciente, total o parcialmente desdentado, utilizando implantes dentarios intraóseos colocados mediante un acto quirúrgico.

Informe de Alta: a efectos de la Garantía Opcional de Seguro Dental, documento emitido por el facultativo que coordine el Tratamiento Dental Inicial y el Tratamiento Dental de Recuperación, una vez considere que los tratamientos hayan finalizado por haber alcanzado el Fin terapéutico inicialmente planificado.

Ortodoncia: a efectos de la Garantía Opcional de Seguro Dental, es la especialidad odontológica que estudia, previene y corrige las alteraciones del desarrollo, las formas de las arcadas dentarias y la posición de los maxilares, con el fin de restablecer el equilibrio morfológico y funcional de la boca y de la cara, mejorando, o pudiendo mejorar también, la estética facial.

Patologías o situaciones médicas ajenas al tratamiento: a efectos de la Garantía Opcional de Seguro Dental, se entienden como tales las contingencias patológicas sobrevenidas ajenas al tratamiento que, una vez concluido el mismo y alcanzado el Fin terapéutico inicialmente planificado, pudieran aparecer y que influyan de manera directa y negativa en la evolución planificada posterior al Informe de Alta, siempre que requieran realizar los actos médico-dentales cubiertos por la Garantía Opcional destinados a la recuperación del Fin terapéutico inicialmente planificado.

Periodo de Carencia: periodo de tiempo durante el cual, no se cubren algunas de las prestaciones incluidas en la cobertura del presente contrato de seguro. Los periodos de carencia establecidos en cada caso se computan desde la fecha de inicio del contrato de seguro o de la entrada en vigor de una Garantía Opcional si no se contrató al mismo tiempo que la Garantía Obligatoria o, en su caso, desde la fecha de alta de un nuevo asegurado.

Periodo de Seguro: es el espacio de tiempo comprendido entre la Fecha de Inicio del Contrato de seguro/alta de un nuevo Asegurado, o de la entrada en vigor de una Garantía Opcional, si no se contrató al mismo tiempo que la Garantía Obligatoria, y la de su finalización (vencimiento), o el que transcurra entre cada prórroga.

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

Prima: es el precio del seguro. El recibo de la Prima contendrá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean legalmente aplicables.

Siniestro: hecho previsto en el Contrato de seguro que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación de la Entidad Aseguradora de proporcionar al Asegurado la asistencia con el alcance establecido en el mismo o al pago de una indemnización conforme a la Suma Asegurada que en cada caso se establezca en las Condiciones Particulares para las Garantías Opcionales contratadas. En las garantías indemnizatorias, el conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un solo Siniestro.

Solicitud de Seguro: documento, según modelo suministrado por la Entidad Aseguradora, en el que el Tomador del Seguro solicita su adhesión al seguro.

Suma Asegurada: importe de la indemnización a pagar por la Entidad Aseguradora en caso de producirse el Siniestro. En las Condiciones Particulares de la Póliza figura la Suma Asegurada para cada contingencia cubierta, en función de las Garantías Opcionales contratadas.

En la Modalidad de Reembolso de Gastos de la Garantía Obligatoria, se pueden establecer porcentajes, capitales y límites parciales máximos de reembolso menores que el importe total máximo de la Suma Asegurada.

Tarjeta Sanitaria: documento propiedad de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que se entrega a cada asegurado y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por el Contrato de seguro (Modalidad de Asistencia Sanitaria de la Garantía Obligatoria y/o Garantía Opcional Seguro Dental).

Tomador del Seguro (Contratante): es la persona, física o jurídica, que, juntamente con la Entidad Aseguradora, suscribe este contrato y a la que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza correspondan al Asegurado o al/os Beneficiario(s).

Tratamiento Dental Inicial: tratamiento dental al que se haya sometido inicialmente el Asegurado y cuyas contingencias posteriores dan origen a la garantía de la Garantía Opcional de Seguro Dental.

Tratamiento Dental de Recuperación: en la Garantía Opcional de Seguro Dental, es el Tratamiento dental al que se haya sometido el Asegurado para recuperar el Fin terapéutico inicialmente planificado.

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

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

CLÁUSULAS

PRIMERA: OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO

El presente seguro de Enfermedad incluye una Garantía Obligatoria con doble modalidad: modalidad de Asistencia Sanitaria a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios, y la modalidad de Reembolso de gastos médicos y hospitalarios, mediante el cual la Entidad Aseguradora se compromete a asumir el coste económico de las prestaciones aseguradas (Cláusula Segunda) que pueda precisar el Asegurado, **siempre que esté incluida en la cobertura asegurada, dentro de los límites y condiciones estipulados en el mismo.**

Para obtener el derecho a la prestación en cualquiera de las modalidades, resulta imprescindible que el contrato se encuentre previamente firmado por el Tomador del Seguro y al corriente en el pago de la Prima.

La cobertura del Contrato de seguro en ambas modalidades se limitará a la asistencia, medios y técnicas reconocidas por la práctica médica habitual en el momento de suscribir el Contrato de seguro.

La Entidad Aseguradora se reserva la posibilidad de incorporar a dicha Garantía Obligatoria, y repercutir en la Prima o precio del Seguro, tanto técnicas de tratamiento, medios de diagnóstico ya existentes en el momento de la contratación y/o cubiertos en el mismo, así como las

nuevas que puedan surgir en la práctica médica, previa comunicación al Tomador del seguro en cada renovación del contrato de seguro. **En consecuencia, no podrán considerarse incluidas en la Garantía Obligatoria del presente contrato de seguro aquellas prestaciones, cuya incorporación no haya sido expresamente comunicada por la Entidad Aseguradora.**

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de seguro, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente, mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del Contrato de seguro para cada modalidad asistencial.

Existen, por tanto, dos modalidades de cobertura dentro de la Garantía Obligatoria:

Modalidad A: ASISTENCIA SANITARIA A TRAVÉS DEL CUADRO MÉDICO DE FACULTATIVOS Y SERVICIOS DE ASISA

En esta modalidad, dentro de los límites y condiciones estipulados en el Contrato de Seguro, la Entidad Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado dentro del territorio nacional, una amplia oferta de profesionales, centros y servicios sanitarios concertados debidamente autorizados, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia directamente en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura del Contrato de seguro, **siempre que se trate de medios o técnicas reconocidas por la práctica médica habitual en el momento de suscribir el presente Contrato de seguro.** Dicha oferta figura en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, organizado por provincias, en el que consta la relación de médicos de las diferentes especialidades, Enfermería, otros pro-

fesionales de la sanidad y centros sanitarios concertados, en el ámbito de la respectiva provincia.

En esta modalidad, la Entidad Aseguradora se hará cargo directamente, siempre que se cumplan las previsiones de esta Póliza, del coste de la asistencia que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios concertados presten al Asegurado, quien deberá utilizar el medio de identificación/pago que la Entidad Aseguradora le indique.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria comprendida en el contrato.

Por tanto, a efectos del presente Contrato de seguro, cuando se indique que ASISA asume la cobertura, debe entenderse siempre, en el caso de la Modalidad A – Asistencia Sanitaria con Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de ASISA, que es la Entidad Aseguradora quien asume directamente el coste económico de la asistencia.

Modalidad B: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

Con arreglo a esta modalidad, cuando así lo requiera, el Asegurado recibirá asistencia sanitaria a través de médicos/centros ajenos al Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad Aseguradora, quien reembolsará el importe de dichos gastos, **con arreglo a los límites y porcentajes que se establecen en las Condiciones Especiales, que figuran como Anexo a las presentes Condiciones Generales.**

Sólo serán objeto de reembolso, los gastos médicos y hospitalarios cubiertos por el presente Contrato de Seguro, cuando sean prestados por profesionales, centros y establecimientos sanitarios debidamente autorizados para el ejercicio de la actividad asistencial correspondiente, con arreglo a la legislación aplicable en cada caso.

Por tanto, a efectos del presente Contrato de seguro, cuando se mencione que ASISA asume la cobertura, debe entenderse siempre, en el caso de la Modalidad B – Reembolso de Gastos, que es el Asegurado quien abonará el importe de los gastos de asistencia, **que serán reembolsados posteriormente por la Entidad Aseguradora, con los límites y condiciones del seguro contratado, establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales.**

Además, de forma voluntaria, el Tomador del Seguro podrá solicitar, en el momento de suscripción del Contrato de seguro, o en un momento posterior, la contratación de todas o alguna/s de las Garantías Opcionales que se detallan en la cláusula Quinta de las presentes Condiciones Generales (Indemnización por Fallecimiento por Accidente, Indemnización por Hospitalización y Seguro Dental), con sujeción a los requisitos establecidos por la Entidad Aseguradora. Los términos y condiciones individualizados de las Garantías Opcionales contratadas se establecen en las Condiciones Particulares o suplemento aplicable.

SEGUNDA: GARANTÍA OBLIGATORIA: MODALIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA Y MODALIDAD DE REEMBOLSO: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

Las prestaciones aseguradas, así como su definición, contenido y alcance, carencias, limitaciones, exclusiones, etc. son las mismas para ambas modalidades (A y B), **salvo cuando se indique otra cosa.** Será diferente la forma en que la Entidad se hará cargo de la cobertura económica, en función de la modalidad elegida, tal como se ha indicado en la Condición General Primera.

1.- Servicio de Urgencia

La Entidad aseguradora garantiza la cobertura de la asistencia de urgencia que pueda precisar el asegurado, tanto en consultorio como a domicilio.

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

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

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

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

2.1.- Medicina General o de Familia.

Comprende la asistencia médica en consulta, a petición y programada, así como la indicación o prescripción de

procedimientos diagnósticos y terapéuticos básicos (analítica y radiología general).

La asistencia se prestará en consulta y, **cuando las circunstancias lo requieran, a juicio del facultativo, podrá prestarse en el Domicilio del Asegurado, siempre que sea posible, en aquellos pacientes que, por razón de su patología no puedan desplazarse.**

2.2.- Pediatría

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

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

Los recién nacidos tendrán derecho a esta asistencia médica, en consulta o a domicilio, **con cargo al contrato de seguro de la madre asegurada, como máximo, durante los treinta (30) primeros días de vida.**

Para continuidad en la asistencia, así como para otro tipo de servicios o prestaciones distintos de Pediatría, los recién nacidos deberán ser dados de alta como asegurados de la Entidad dentro del expresado periodo a través del presente producto de seguro (u otro seguro de asistencia sanitaria con coberturas idénticas o superiores), dentro del citado período, según lo previsto en el apartado b) de la cláusula Novena.

2.3.- Enfermería

Este servicio se prestará en consultorio o en el propio domicilio del asegurado, **si este lo precisara cuando, por**

razón de su patología, no pueda desplazarse, y siempre que sea posible.

En cualquier caso, se requiere prescripción previa de facultativo que esté tratando al paciente, con indicación del tratamiento y duración del mismo.

En la Modalidad A), el servicio debe ser prescrito y realizado por un facultativo perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad Aseguradora.

3.- Medicina Especializada

Consulta de especialidades médicas: el Asegurado puede elegir libremente el médico especialista, de las siguientes especialidades:

- Alergología
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vascul ar
- 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
- Geriátría

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

Además, en la Modalidad de Asistencia Sanitaria, en caso de que la Entidad Aseguradora no disponga de profesionales de una especialidad en una determinada provincia, el Asegurado podrá hacer uso de este servicio a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora en cualquier otra provincia en que exista dicha especialidad, **asumiendo los gastos de desplazamiento a su cargo; en ningún caso, dichos gastos serán cubiertos por la Entidad Aseguradora.**

4.- Medios de Diagnóstico

Todos los medios de diagnóstico requieren siempre previa prescripción escrita de un médico especialista

en la materia. En los casos en que así se indique, se deberá aportar informe del prescriptor.

En la Modalidad A), la prestación debe ser prescrita y realizada por facultativo perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad Aseguradora y deberá ser realizada por facultativo/centro igualmente concertado por la Entidad Aseguradora para el caso concreto.

En dicha Modalidad de Asistencia Sanitaria, los servicios marcados con un asterisco (*), requieren autorización previa y expresa por parte de la Entidad Aseguradora.

En aquellos servicios marcados con un asterisco (*) en este apartado, se establece un período de carencia de seis (6) meses.

Se consideran medios de diagnóstico cubiertos a título enunciativo los siguientes:

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

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

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

También son objeto de cobertura las plataformas genómicas para cáncer de mama Oncotype® y MammaPrint® (*), **siempre que respondan a las recomendaciones establecidas para cada una de ellas. Adicionalmente, se**

requiere informe por especialista en Oncología Médica, en el que conste la plataforma solicitada (únicamente Oncotype® o MammaPrint®).

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

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

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

No se encuentran cubiertas las necropsias o autopsias.

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

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

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

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

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

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

narcolepsia y otras hipersomnias y crisis comiciales o epilepsia (*).

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

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

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

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

Se incluye la Biopsia de próstata por fusión de Imágenes (*), **exclusivamente cuando exista alta sospecha clínica de cáncer de próstata acreditada con informe médico por los valores de PSA, así como por la velocidad de incremento del mismo, y siempre que se haya realizado una biopsia convencional o ecoguiada previa en los doce (12) meses inmediatamente anteriores con resultado negativo.**

5.- Técnicas Especiales de Tratamiento.

Todas las técnicas especiales de tratamiento requieren

siempre previa prescripción escrita de un médico especialista en la materia, acompañada del correspondiente informe justificativo cuando así se indique.

Además, en la Modalidad A), el prescriptor de la prestación debe pertenecer al Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad Aseguradora y la prestación deberá ser realizada por facultativo o centro igualmente concertado por la Entidad Aseguradora para el caso concreto. Además, se requiere autorización previa expresa por la Entidad Aseguradora.

Se establece un período de carencia de seis (6) meses, excepto cuando se realicen en régimen de hospitalización o de hospital de día, que será de ocho (8) meses.

Estos servicios comprenden:

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

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

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

Cirugía Bariátrica: **Exclusivamente para pacientes de entre 18 y 60 años con un índice de masa corporal ma-**

yor de 42, o mayor de 37 que presentan enfermedades graves en relación con la obesidad, con una historia clínica de al menos cinco años de obesidad mórbida y en los que hayan fracasado los tratamientos médicos previos.

Cirugía con Robot Da Vinci: **Exclusivamente para la especialidad de Urología y en el centro concertado designado y autorizado previamente por ASISA para dicha prestación, mediante el abono por parte del asegurado de una franquicia de 7.000 euros.**

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

Láser Quirúrgico: Es de cobertura **únicamente para Otorrinolaringología, Ginecología, Proctología (para Hemorroides, fístulas y fisuras anales y perianales, condilomas y pólipos rectales), Oftalmología (fotocoagulación en patologías retinianas y láser en tratamiento de Glaucoma), Neumología (broncoscopia terapéutica con láser) y Urología (litofragmentación con láser por ureteroscopia; además, se incluye el láser verde -KTP y HPS-, de diodo, holmio o tulio para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata).** En Angiología y Cirugía Vasculare **es de cobertura el tratamiento endoluminal de varices por láser, además de por radiofrecuencia y por microespuma, exclusivamente en procesos con insuficiencia venosa clínica sintomática (grado C3 o superior**

de la CEAP). En ningún caso es objeto de cobertura el tratamiento por motivos estéticos.

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

Medicina Nuclear: **la medicación será a cargo del asegurado,** excepto en aquellos tratamientos que se realicen en régimen de hospitalización con ingreso.

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

Neuronavegación: se encuentra cubierta **únicamente para intervenciones sobre el encéfalo e intervenciones de grandes deformidades de la columna vertebral.**

Oncología: Se encuentran cubiertos los siguientes tratamientos:

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

Protonterapia o Terapia con protones, ni otras formas especiales de Radioterapia).

Radiología Intervencionista terapéutica

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

También son objeto de cobertura:

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

Para todas las prestaciones de Rehabilitación, se requiere, además de los requisitos establecidos, un informe médico del prescriptor, que deberá recaer necesariamente en un facultativo especialista en la materia.

Diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal, **únicamente para insuficiencias renales agudas o crónicas.**

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

6.- Otras coberturas.

En la Modalidad A), la asistencia será, en su caso, prescrita y siempre prestada por profesionales/centros pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos de la Entidad Asegurada, además de cumplir los requisitos específicos que se establezcan para la prestación concreta.

6.1.- Podología:

El servicio de Podología, que incluye consulta y/o cura podológica (quiropodia), **se presta solo en consultorio, y con un límite de doce (12) sesiones por anualidad de seguro.**

También se encuentra cubierto el Estudio biomecánico de la marcha. **Se requiere prescripción por parte de un especialista en la materia.**

6.2.- Psicoterapia:

Para el tratamiento de las enfermedades relacionadas con la salud mental que sean de origen psicológico y de carácter temporal (patologías relacionadas con la adaptación, estrés, cuadros depresivos temporales, patologías relacionadas con el comportamiento, anorexias y bulimias).

Se requiere prescripción previa e informe por especialista en Psiquiatría.

En la Modalidad A), adicionalmente se requiere autorización previa y expresa por parte de la Entidad Aseguradora.

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

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

Se establece un Periodo de Carencia de seis (6) meses.

6.3.- Planificación Familiar:

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

Se establece un período de carencia de seis (6) meses.

6.4.- Preparación al parto:

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

Se requiere prescripción por parte de un médico especialista en Obstetricia y Ginecología.

6.5.- Estomatología y Odontología:

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

6.6.- Segunda Opinión

El Asegurado tendrá derecho a la prestación del servicio de Segunda Opinión Médica para determinadas patologías y cuadros clínicos que figuran en el Anexo II de estas Condiciones Generales, en el que igualmente se indica la forma de acceso a la misma.

Este servicio es de cobertura únicamente a través de la Modalidad A)

6.7.- Medicina Preventiva

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

7.- Hospitalización y Hospital de Día

a) Hospitalización:

La cobertura de Hospitalización incluye habitación individual con cama de acompañante, **salvo imposibilidad manifiesta, y salvo en los casos de hospitalización psiquiátrica, neonatológica o en Unidad de Cuidados Intensivos.** Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, están cubiertas las exploraciones diagnósticas complementarias, las actuaciones terapéuticas necesarias, la medicación, transfusiones y el posible tratamiento quirúrgico, que incluye los gastos de quirófano, medicación y anestesia, **todo ello de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del seguro.**

Es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que deberá corresponder a un médico especialista en la materia. En la prescripción deberá figurar el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y, en su caso, previsión del número de estancias. El motivo de internamiento debe estar incluido entre los servicios cubiertos por el presente Contrato de seguro.

En la Modalidad A), la mencionada prescripción debe corresponder a un facultativo perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora y la Hospitalización ha de realizarse en un hospital igualmente concertado por la Entidad para el caso concreto. Adicionalmente, en dicha Modalidad, la prescripción debe ser autorizada de manera expresa por la Entidad Aseguradora con carácter previo a su ocurrencia, salvo en los casos en que la Hospitalización se produjera con carácter de urgencia, en los que bastará la prescripción escrita del médico responsable (del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios) o el informe de ingreso del centro hospitalario, debiendo comunicarse la circunstancia a la Entidad Aseguradora en el plazo de siete (7) días desde la fecha de hospitalización, recabando la correspondiente autorización para que vincule económicamente a la Entidad Aseguradora.

Sin el cumplimiento de los requisitos y de los que se puedan exigir para cada caso concreto, la Entidad Aseguradora no asumirá la cobertura ni se hará cargo de ninguna prestación sanitaria ni asumirá ninguna otra obligación económica, directa o indirectamente relacionada con la causa del ingreso.

La permanencia en régimen de Hospitalización no tiene

límite de estancias, **salvo lo previsto en cada caso, y dependerá de si, según criterio del médico responsable de la Hospitalización, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia.**

No obstante, la cobertura del internamiento hospitalario podrá tener un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas del médico que ordene el ingreso o por medias estadísticas de cada proceso estimadas por la Entidad Aseguradora. Las prórrogas de estancia hospitalaria requerirán aportar un nuevo informe del médico responsable, en el que se señalen las razones de dicha renovación y las previsiones al respecto, precisando autorización por parte de la Entidad Aseguradora en la Modalidad de Asistencia Sanitaria.

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

Bajo la Modalidad A, no se encuentran cubiertos los gastos derivados de Hospitalización en centro no concertado (privado o público) por la Entidad Aseguradora, aunque hayan sido prescritos por profesionales pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, salvo que se hayan originado por causa de Urgencia Vital. En estos supuestos, se deberá comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de siete (7) días. Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produjo la situación de Urgencia Vital. Una vez lo permita la situación médica del Asegurado, éste deberá ser trasladado a un centro concertado,

previa coordinación con la Entidad Aseguradora. En caso de que la Hospitalización haya sido llevada a cabo bajo la Modalidad B, se encontrará sujeta a los Límites especiales/parciales establecidos en las Condiciones Especiales.

La cobertura de Hospitalización incluye:

- Hospitalización por maternidad: asistencia al parto o cesárea y puerperio, asistida por Tocólogo y Matrona. Incluye anestesia en partos normales.
- Hospitalización pediátrica: **solamente para niños hasta los 14 años, inclusive.**
 - Atención del recién nacido, a indicación del pediatra, desde el mismo momento del parto.
 - También se incluye la hospitalización por motivo médico o quirúrgico, incluyendo, en caso necesario, el ingreso del recién nacido (Neonatología, Incubadora). Cuando la edad del niño y el Centro lo permitan, el enfermo podrá estar acompañado.

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

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

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

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

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

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

En estos casos no se incluye cama de acompañante. Se establece una limitación de sesenta (60) días de Hospitalización por anualidad de seguro.

- Hospitalización en unidades especializadas: como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidad Coronaria.

En estos casos no se incluye cama de acompañante.

b) Hospital de Día:

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

En régimen de Hospital de Día para tratamiento médico o psiquiátrico **no se encuentra cubierta la medicación, salvo los medicamentos quimioterápicos antineoplásicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en Unidades de Oncología.**

Es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que debe ser un médico especialista en la materia, en la que figure el motivo de la asistencia, que debe estar incluido entre los servicios cubiertos por la Garantía Obligatoria.

En la Modalidad A), dicha prescripción debe corresponder, además, a un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora y la asistencia se prestará en un hospital igualmente concertado por la Entidad para el caso concreto. La orden, en dicha Modalidad, debe ser autorizada de manera expresa por la Entidad Aseguradora con carácter previo a su ocurrencia.

Sin el cumplimiento de estos requisitos, la Entidad Aseguradora no asumirá la cobertura ni se hará cargo de ninguna prestación sanitaria ni asumirá ninguna otra obligación económica, directa o indirectamente relacionada con el motivo de la asistencia a realizar en régimen de Hospital de Día.

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

8.- Cirugía Ambulatoria

Incluye cualquier intervención diagnóstica o terapéutica prescrita y realizada por un médico especialista en la materia, y que requiere normalmente una sala de intervenciones.

En la Modalidad A), tanto el facultativo que realice la intervención como el centro en el que se realice deben pertenecer al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y encontrarse concertados por la Entidad para el caso

concreto. Adicionalmente, se requiere autorización previa y expresa por parte de la Entidad Aseguradora. Se establece un Periodo de Carencia de seis (6) meses.

9.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

Son objeto de cobertura los traslados en ambulancia, que se realicen dentro del territorio nacional, desde el domicilio, o el lugar en que se encuentre el Asegurado, hasta el centro donde deban prestarse los servicios asistenciales cubiertos que necesite, y del centro a su domicilio una vez completada la asistencia y **siempre que el médico responsable del proceso asistencial lo prescriba por escrito y concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan al asegurado utilizar los servicios de transporte ordinario (transporte público, taxi, vehículo particular o análogos).**

No se encuentran cubiertos, en ningún caso, los traslados en medios de transporte distintos a las ambulancias (aviones medicalizados, tren, barco, helicóptero, etc.)

En la Modalidad A), el servicio de ambulancia se solicitará siempre a través Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de ASISA, operativo las 24 horas del día, todos los días del año, a través del teléfono gratuito 900 900 118. Quedan excluidos los traslados de enfermos que no hayan sido solicitados a través de dicho centro, ni los realizados a/desde centros no concertados ni por medios ajenos a la Entidad Aseguradora, incluyendo los servicios públicos.

10.- Prótesis e Implantes

La Entidad Aseguradora **cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales exclusivamente de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes quirúrgicos que se detallan a continuación:**

- Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis **(quedan excluidos los implantes constituidos por hueso natural o sustitutos del mismo, salvo los injertos óseos, ligamentos biológicos e injertos osteotendinosos siempre que sean necesarios para una intervención quirúrgica autorizada previamente por la Entidad Aseguradora y se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales concertados)**.
- Solamente son de cobertura las prótesis e implantes descritos anteriormente que sean utilizados en intervenciones quirúrgicas cubiertas por el presente contrato, según las previsiones del mismo.
- Las prótesis valvulares cardíacas **(excepto las prótesis valvulares transcáteter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otras)**; las prótesis vasculares tipo “by pass”, las endoprótesis de aorta y sus ramas, los conductos valvulados aórticos en casos de patología valvular aórtica, y los stents coronarios.
- Los marcapasos unicamerales y bicamerales **(no se encuentran cubiertos los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular ni, en general, cualquier tipo de Holter implantable, Desfibrilador Automático Implantable o DAI)**.
- Las prótesis de mama, incluidos los expansores **(exclusivamente tras mastectomía por neoplasias)**.
- Las lentes intraoculares monofocales para el tratamiento de la catarata **(excluyendo las lentes monofocales de rango extendido o visión intermedia)**. No se encuentran cubiertas las lentes bifocales, multifocales, tóricas o correctoras de defectos de refracción de cualquier tipo. No son de cobertura las lentes intraoculares fáquicas en ningún caso.

- Las mallas sintéticas de pared abdominal o torácica (**no son objeto de cobertura las mallas biológicas**).
- Las prótesis biliares.
- Los coils para embolizaciones.
- Los sistemas de derivación de LCR para hidrocefalias.
- Las prótesis testiculares.
- Los reservorios para la administración de fármacos oncológicos o de tratamiento del dolor (tipo Port-a-Cath®).

No es de cobertura ninguna prótesis, material, elemento o dispositivo implantable de cualquier naturaleza, para implantación quirúrgica interna o para uso externo, sean o no activos, sintéticos o biológicos, no autólogos, no incluidos de forma expresa en el presente punto 10 de la Cláusula Segunda de estas Condiciones (relativo a Prótesis e Implantes); tampoco quedarán cubiertos los gastos relativos a su prescripción, implantación o control (mediante cualquier tipo de prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o acto terapéutico).

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

Solamente son de cobertura las prótesis e implantes descritos anteriormente que sean utilizados en inter-

venciones quirúrgicas cubiertas por el presente contrato, según las previsiones del mismo.

11.- Trasplantes

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

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

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

Se requiere prescripción de un facultativo especialista en la materia.

Se establece un Período de Carencia de ocho (8) meses.

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

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

13.- Asistencia en Viaje

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

TERCERA: GARANTÍA OBLIGATORIA (ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS): PRESTACIONES EXCLUIDAS

Además de las exclusiones específicamente establecidas en cada caso, queda excluida de la cobertura de la Garantía Obligatoria (Modalidad de Asistencia Sanitaria y Modalidad de Reembolso de Gastos) la asistencia sanitaria en los siguientes casos:

1. La asistencia que sea consecuencia de hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias o pandemias oficialmente declaradas.
2. La asistencia sanitaria que guarde relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas.
3. La asistencia sanitaria que sea consecuencia de hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, huracanes o tifones, terremotos, derrumbamientos, etc.
4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación del seguro o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el Cuestionario de Salud que debe cumplimentar el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.
5. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas,

subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo y artes marciales, toreo, escalada, montañismo, barranquismo, puenting, etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.

6. La asistencia derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y/o de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), estupefacientes o alucinógenos; cualquier asistencia para el tratamiento de conductas adictivas o adicciones de cualquier clase; cualquier asistencia derivada de intento de suicidio o autolesiones. Asimismo, queda excluida cualquier prestación relacionada o dirigida a la ayuda médica para morir (eutanasia).
7. La Cirugía Plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo.
8. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad o para control metabólico), excepto lo previsto en el punto 5 de la Condición Segunda.
9. La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo), excepto lo previsto en el punto 5 de la Condición Segunda.
10. La Medicina Preventiva (excepto las prestaciones recogidas en el Anexo III de estas Condiciones Generales), los chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 4 (Medios de Diagnóstico) de la cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.
11. La homeopatía, organometría y acupuntura, así como

las técnicas diagnósticas o de tratamiento experimentales o no reconocidas por la ciencia médica o realizadas para ensayos clínicos de cualquier tipo.

12. Los empastes, las prótesis dentarias, los implantes dentales, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia, así como las pruebas diagnósticas o estudios previos o relacionados con estos tratamientos y cualquier técnica diagnóstica o tratamiento con fines estéticos o cosméticos.
 13. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de Psicoterapia del punto 6.2 de la cláusula Segunda), hipnosis, sofrología, tratamientos neuropsicológicos o de neurorrehabilitación y tratamiento ambulatorio de la narcolepsia.
 14. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la inseminación artificial y la fecundación «in vitro», así como las ecografías obstétricas de 4 y/o más “D” (4D, 5D, 6D, etc.). También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo.
 15. En Rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica. Asimismo, se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, la estimulación temprana, la neurorrehabilitación o la estimulación cognitiva, y, en general, los tratamientos de alteraciones neurológicas o neurodegenerativas no relacionadas con el aparato locomotor.
- En cualquier caso, se excluye la rehabilitación en

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

16. Los implantes constituidos por hueso natural (salvo que sean necesarios para intervenciones autorizadas por la Entidad Aseguradora y siempre que se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales) o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos. Las prótesis de pene y escroto, las prótesis de mama y los expansores de piel (salvo lo indicado en el apartado de Cirugía oncológica de mama en el punto 5 de la Cláusula Segunda), los implantes dentales, cocleares, de oído medio y cualquier tipo de implante o prótesis que no sea de práctica quirúrgica general en la Sanidad Pública.

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

contrato de seguro sea comunicada previamente y de forma expresa por parte de la Entidad.

17. La Medicación, excepto en los casos de hospitalización y la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica con citostáticos, intravenosa o intravesical, empleada en los tratamientos quimioterápicos oncológicos ambulatorios administrados en Unidades de Oncología en régimen de Hospital de Día (se excluye cualquier otra medicación administrada en régimen de Hospital de Día). Se excluyen las formas especiales de Quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se consideran excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate.

Se excluyen expresamente la inmunoterapia anti-tumoral y los anticuerpos monoclonales.

18. Las terapias regenerativas y celulares de cualquier tipo, así como los tratamientos basados en ingeniería tisular y en terapias génicas o genéticas y cualquier tratamiento basado en modificaciones genéticas de células del paciente a través de cualquier procedimiento (incluso las terapias denominadas CAR-T o de células T con CAR).
19. Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales). El T.A.C. espectral. Las ecografías obstétricas de 4 y/o más "D" (4D, 5D, 6D, etc.).
20. La monitorización neurofisiológica y la Neuronave-

gación, salvo en los casos previstos en la cláusula Segunda.

- 21. Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas, así como el Láser Quirúrgico cualquiera que sea el órgano a tratar, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 5 (Técnicas Especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.**
- 22. La Radiocirugía estereotáxica o estereotáctica, excepto para tratamiento de lesiones tumorales localizadas del sistema nervioso central, la radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Radioterapia Intraoperatoria, la Protonterapia o Terapia con protones, así como otras técnicas especiales de radioterapia, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 5 (Técnicas Especiales de Tratamiento) de la cláusula Segunda de estas Condiciones Generales. No se encuentra cubierta ninguna forma de Radioterapia para patología benigna no oncológica.**
- 23. Se excluye todo tipo de trasplantes, excepto los incluidos de forma expresa en la cobertura del presente contrato, según lo previsto en el punto 11.- (Trasplantes) de la Condición General Segunda.**
- 24. Todos aquellos medios, procedimientos y técnicas de diagnóstico o tratamiento no reconocidos o no universalizados en la práctica médica habitual, o que sean de carácter experimental o de investigación.**
- 25. Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica no incluida expresamente en la Garantía Obligatoria del Contrato de seguro, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contrata-**

ción de la misma, salvo que la Entidad Aseguradora comunique expresamente su incorporación. Cualquier acto diagnóstico o terapéutico que implique una modificación respecto a la práctica médica general previa a la contratación en cuanto a la vía de abordaje, dispositivos utilizados, materiales empleados y fuentes de energía, salvo que se incluya expresamente en la cobertura mediante comunicación previa por la Entidad Aseguradora.

26. En la Modalidad de Asistencia Sanitaria (Modalidad A), cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad Aseguradora para el caso concreto, salvo lo establecido para el caso de Hospitalización por urgencia vital.
27. Cualquier asistencia (consulta, medio de diagnóstico, técnica de tratamiento, prótesis o implante, servicio, etc.) relativa a prestaciones no cubiertas por la Garantía Obligatoria del presente contrato de seguro.

CUARTA: GARANTÍA OBLIGATORIA: ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Modalidad A: ASISTENCIA SANITARIA A TRAVÉS DEL CUADRO MÉDICO DE FACULTATIVOS Y SERVICIOS DE ASISA

1. Cuestiones Generales.

El Asegurado, a quien corresponde el ejercicio de los derechos comprendidos en la Garantía Obligatoria, deberá identificarse al requerir los servicios sanitarios asegurados incluidos en la cláusula Segunda, exhibiendo la tarjeta

sanitaria de la Entidad Aseguradora, junto con el D.N.I., en su caso, o cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducción). La citada tarjeta sanitaria es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la misma dará lugar al ejercicio por parte de la Entidad Aseguradora de las acciones legales que correspondan y al derecho de rescisión del Contrato de seguro de conformidad con el apartado c) de la cláusula Décima.

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

La Entidad Aseguradora no se hará cargo del coste de ninguna prestación que no sea prescrita ni realizada por profesionales del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios en centros y servicios o concertados por la misma.

Para medios de diagnóstico, técnicas especiales de tratamiento, hospitalización y hospital de día, cirugía ambulatoria y otras coberturas en las que se indique la necesidad de prescripción, **esta corresponderá a un médico especialista en la materia del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Cuando así se indique, dicha prescripción deberá ser autorizada previamente y de forma expresa por parte de la Entidad Aseguradora a través de diferentes canales establecidos al efecto, de acuerdo con las instrucciones que facilite la Entidad Aseguradora al respecto en cada momento. En el caso de las prestaciones realizadas con carácter urgente que requieran autorización por parte de la Entidad Aseguradora, esta**

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

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

Dadas las variaciones que puede experimentar el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, se recomienda al Asegurado que, antes de la solicitud y prestación de los servicios objeto de cobertura, realice las comprobaciones necesarias para verificar si el profesional y/o centro están concertados por la Entidad Aseguradora para dicha prestación. A estos efectos, puede consultar el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios aplicable al producto de seguro en la web (www.asisa.es) o App de la Entidad Aseguradora, o a través de los distintos canales de información que la Entidad Aseguradora pone a disposición del asegurado.

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

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

2. Libertad de elección de médico

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

3. Períodos de Carencia

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

MODALIDAD B: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios incluidos en la cobertura del presente Contrato de Seguro y opte por recibirla a través de profesionales sanitarios y/o clínicas/hospitales no concertados (ajenos) por ASISA, la Entidad Aseguradora reembolsará al Asegurado, los gastos que el proceso conlleve, **de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las Condiciones Especiales de este Contrato de seguro, siempre que se trate de prestaciones descritas en la cláusula Segunda de estas Condiciones Generales y siempre que no se correspondan con prestaciones no incluidas en la Póliza y/o riesgos excluidos en la misma.**

Nunca se reembolsarán gastos de asistencia prestada por facultativos pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora de ASISA o concertados con la Entidad Aseguradora.

Si el Asegurado decidiera recurrir a un profesional o centro concertado del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora para la realización de un medio de diagnóstico, técnica de tratamiento u otro servicio que le haya sido prescrito por un facultativo o centro ajeno a la Entidad Aseguradora mediante modalidad de reembolso, siempre que se encuentre cubierto por el presente Contrato de seguro, deberá ponerse en contacto con las oficinas de la Entidad Aseguradora para que le faciliten la documentación necesaria para ello.

1.- Suma Asegurada

El límite máximo de gastos por Asegurado que asumirá la Entidad Aseguradora será el establecido en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza.

Dicho límite se considerará por anualidad de seguro, independientemente del número de procesos; o por uno o más procesos intercurrentes o añadidos, relacionados o consecutivos, aunque sucedan en varias anualidades.

Asimismo, dicho límite será proporcional al período de vigencia de la Póliza en el caso en el que éste sea inferior a un año.

2.- Reembolso

El reembolso de los gastos garantizados y justificados en que incurra el Asegurado estará cubierto por la Entidad Aseguradora en los porcentajes que se determinen en las Condiciones Especiales de la póliza. El importe restante será a cargo del Asegurado en concepto de franquicia.

3.- Límites Especiales/parciales

En las Condiciones Especiales de la Póliza, que figuran como Anexo a las presentes Condiciones Generales, se establece el cuadro de límites parciales de cada asistencia, medio de diagnóstico, técnica de tratamiento, hospitalización o prestación, etc.

La Entidad Aseguradora podrá anualmente modificar los límites y el porcentaje de reembolso de gastos a los que se refieren las cláusulas recogidas en las Condiciones Especiales.

4.- Períodos de carencia

Algunas de las prestaciones cubiertas por el presente seguro tienen establecido un determinado Periodo de Carencia, que se computa desde la fecha de inicio del Contrato de seguro o desde la fecha de inclusión de un nuevo asegurado al mismo. Dichas prestaciones están marcadas con un asterisco (*) dentro de cada apartado de la cláusula Segunda, en el que se indica el Período de Carencia aplicable.

5º.- Tramitación de expediente de Reembolso de Gastos Médicos y Hospitalarios

Para la tramitación de los expedientes de reembolso de gastos sanitarios, se deberá enviar a la Entidad Aseguradora la documentación que se detalla a continuación, a través de cualquiera de los siguientes canales disponibles: a) Área Privada de la página web de ASISA (www.asisa.es); b) App de Reembolso de ASISA; c) correo postal: Apartado de Correos nº. 3 – FD/2800015 – Plaza Salvador, 4-5 – 28911 Leganés (Madrid).

a) Impreso de solicitud de reembolso (según modelo facilitado por ASISA), debidamente cumplimentado y firmado. Deberá presentarse un impreso por paciente Asegurado.

b) Factura/s (fotocopias/originales) relativas a los gastos sanitarios ocasionados, así como documentación o justificantes de haber satisfecho su abono a los profesionales y centros sanitarios correspondientes.

La factura debe estar emitida por la persona física o jurídica que haya prestado la asistencia y debe reunir los requisitos establecidos en el Real Decreto 1619/2012, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación, entre los que se incluye:

- Número y, en su caso, serie de la factura.
- La fecha de su expedición.
- Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, tanto del obligado a expedir factura como del destinatario de las operaciones.
- Número de Identificación Fiscal (N.I.F.) atribuido por la Administración tributaria española o, en su caso, por la de otro Estado miembro de la Unión Europea, tanto

obligado a expedir factura como del destinatario de las operaciones.

- Domicilio, tanto del obligado a expedir factura como del destinatario de las operaciones.
- Descripción de las operaciones, consignándose todos los datos necesarios para la determinación de la base imponible del Impuesto, tal y como ésta se define por los artículos 78 y 79 de la Ley del Impuesto, correspondiente a aquéllas y su importe, incluyendo el precio unitario sin Impuesto de dichas operaciones, así como cualquier descuento o rebaja que no esté incluido en dicho precio unitario.
- El tipo impositivo o tipos impositivos, en su caso, aplicados a las operaciones.
- La cuota tributaria que, en su caso, se repercuta, que deberá consignarse por separado.
- La fecha en que se hayan efectuado las operaciones que se documentan o en la que, en su caso, se haya recibido el pago anticipado, siempre que se trate de una fecha distinta a la de expedición de la factura.
- En el supuesto de que la operación que se documenta en una factura esté exenta del Impuesto, una referencia a las disposiciones correspondientes de la Directiva 2006/112/CE, de 28 de noviembre, relativa al sistema común del Impuesto sobre el Valor Añadido, o a los preceptos correspondientes de la Ley del Impuesto o indicación de que la operación está exenta.

Adicionalmente, tratándose de facturas electrónicas (B2B), la factura debe contener el “QR” de representación gráfica de la factura. Dicha representación gráfica podrá ser sustituida por el contenido que representa el código “QR”. Estas facturas, sean electrónicas o no, incorporarán

además la frase “Factura verificable en la sede electrónica de la AEAT” o “VERI*FACTU” únicamente en aquellos casos en los que el sistema informático realice la remisión de todos los registros de facturación a la Agencia Estatal de Administración Tributaria, conforme a lo dispuesto en los artículos 15 y 16 del citado Reglamento.

Tratándose de facturas simplificadas (aquellas cuyo importe no exceda de 400 euros, Impuesto sobre el Valor Añadido incluido) será suficiente con que la factura reúna los siguientes requisitos:

- Número y, en su caso, serie.
- La fecha de su expedición.
- La fecha en que se hayan efectuado las operaciones que se documentan o en la que, en su caso, se haya recibido el pago anticipado, siempre que se trate de una fecha distinta a la de expedición de la factura.
- Número de Identificación Fiscal, así como el nombre y apellidos, razón o denominación social completa del obligado a su expedición.
- La identificación del tipo de bienes entregados o de servicios prestados.
- Tipo impositivo aplicado y, opcionalmente, también la expresión «IVA incluido».
- Asimismo, cuando una misma factura comprenda operaciones sujetas a diferentes tipos impositivos del Impuesto sobre el Valor Añadido deberá especificarse por separado, además, la parte de base imponible correspondiente a cada una de las operaciones.
- Contraprestación total.

En cualquier caso, toda factura debe contener adicionalmente:

- Teléfono del emisor y del destinatario.
- Nombre y apellidos o razón social y número de identificación fiscal del beneficiario de la prestación del servicio de salud.
- Nombre y apellidos o razón social, especialidad, número de identificación fiscal y número de colegiado del profesional sanitario que ha prestado la asistencia sanitaria.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (consulta, pruebas, intervenciones, tratamientos, servicios, etc.), con indicación de fecha de realización e importe en cada caso.
- Cuenta corriente de cobro del reembolso solicitado.

c) En función de la asistencia a reembolsar, debe aportarse, además, la documentación detallada seguidamente:

- En caso de reembolso de medios de diagnóstico, técnicas de tratamiento, Hospitalización/Hospital de Día, cirugía ambulatoria y otras coberturas o servicios, **deberá enviarse siempre la correspondiente prescripción médica, que recaerá necesariamente en un médico especialista en la materia.**
- Si se trata, además, de prestaciones sujetas a Período de Carencia (*), según lo establecido en la Condición General Segunda, **la citada prescripción médica deberá acompañarse de un informe del proceso que justifique la prestación realizada, donde se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, fecha de diagnóstico, causas, origen y evolución de la dolencia sufrida.**
- En caso de hospitalización/hospital de día o intervenciones, junto con el informe médico mencionado con anterioridad, **deberá presentarse, según el caso,**

informe de alta hospitalaria, en el que consten, al menos, la siguiente información: antecedentes, fecha de inicio y alta hospitalaria, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado; además, en el caso de intervenciones, se deberá facilitar el parte de quirófano (intervención quirúrgica), etc.

- **En el caso de medios de diagnóstico y consultas a diversos especialistas por un mismo procedimiento será necesario un informe médico de las causas que motivan dicha necesidad asistencial.**

d) Asimismo, el Asegurado se compromete a facilitar a ASISA, en aquellos casos en que sea expresamente requerido, los informes médicos y/o presupuestos que permitan a la Entidad Aseguradora determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por el presente Contrato de seguro, así como toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del Siniestro. ASISA no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación, que no procediera asumir, una vez conocida la información facilitada por el Asegurado.

Como consecuencia de este deber de información y colaboración, el Asegurado se compromete a permitir en todo momento que los médicos designados por el Asegurador visiten al asegurado y realicen cuantas averiguaciones o comprobaciones consideren oportunas con el fin de garantizar el cumplimiento del presente contrato.

e) En el caso de que la documentación presentada esté redactada en un idioma distinto de las lenguas oficiales de España, el Asegurado debe facilitar la traducción correspondiente de los citados documentos en una de las referidas lenguas oficiales del Estado español.

5º.- Forma y plazo de reembolso de gastos

Una vez recibida la documentación con arreglo a lo previsto en el punto anterior y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del Siniestro, la Entidad Aseguradora procederá, en su caso, a reembolsar el importe garantizado, según las circunstancias conocidas y con arreglo a las coberturas, límites y exclusiones del presente Contrato de Seguro. El abono por parte de la Entidad Aseguradora se realizará mediante transferencia a la cuenta facilitada por el Asegurado, que deberá corresponder a la sucursal en España de una entidad bancaria. El reembolso se realizará siempre en euros, con independencia de que la factura abonada por el Asegurado hubiera sido emitida en otra moneda diferente. En ese último caso, la valoración de los gastos médicos y hospitalarios en el extranjero se efectuará según el cambio oficial comprador del mercado de divisas que tuviera la moneda en que se realizó.

Si bien, en principio, la Entidad Aseguradora abonará al Asegurado el importe de los gastos previstos en el contrato, se reserva expresamente la facultad de realizar el pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que esta no hubiera resultado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente a la Aseguradora, de acuerdo con los límites establecidos en las Condiciones Especiales.

QUINTA: GARANTÍAS OPCIONALES

La Entidad Aseguradora ofrece las siguientes Garantías Opcionales que pueden ser contratadas voluntariamente, de forma complementaria a la Garantía Obligatoria (Seguro de Enfermedad: Modalidad de Asistencia Sanitaria y Modalidad de Reembolso de Gastos) del Contrato de seguro, según se ajusten a las necesidades específicas del Tomador del Seguro/Asegurado/s. Desplegarán sus efectos conforme figuren contratadas en las Condiciones Particulares o suplemento de la Póliza, en su caso.

A. GARANTÍA OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

1. Objeto de la Garantía Opcional de Indemnización por Fallecimiento por Accidente

Por la presente Garantía Opcional, la Entidad Aseguradora, en caso de Accidente que cumpla los requisitos establecidos en el artículo 100 de la Ley de Contrato de seguro, se obliga a pagar al Beneficiario la Indemnización pactada en caso de muerte del Asegurado de conformidad con la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

De conformidad con lo previsto en el artículo 101 de la Ley de Contrato de seguro, el Asegurado deberá comunicar a la Entidad Aseguradora la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona.

Cuando el Beneficiario cause dolosamente el Siniestro, la indemnización corresponderá al Tomador del Seguro o, en su caso, a los herederos de éste, conforme dispone el artículo 102 de la Ley de Contrato de seguro.

En todo caso, la Garantía Opcional de Accidentes se extinguirá automáticamente al concluir el período contractual dentro del cual el asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.

Sin perjuicio de la aplicación de las definiciones establecidas en la cláusula de Definiciones de estas Condiciones Generales, a los efectos de la presente Garantía Opcional se considerará por Accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, **que produzca su muerte inmediatamente o dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes a partir de la fecha en que sufrió la lesión.**

Nunca se considerará Accidente el infarto agudo de miocardio ni otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

2. Riesgos excluidos de la Garantía Opcional de Indemnización por Fallecimiento por Accidente

Quedan excluidos de la presente Garantía Opcional los siguientes riesgos y eventos:

- a) Los Accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado.**
- b) La muerte producida a personas de edad inferior a los catorce (14) años o incapacitadas.**
- c) Los hechos que no tengan la consideración de Accidentes según lo estipulado en la condición primera de esta Garantía Opcional.**
- d) Los Accidentes ocurridos al asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente, sonambulismo o riña, enajenación mental, desafío u otros hechos delictivos, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas y bienes.**
- e) Los siniestros causados por enfermedades en general, cualquiera que sea su naturaleza.**

- f) Los Accidentes que sean fruto de ceguera, sordera u otro defecto físico del asegurado.**
- g) Los que sean consecuencia de contaminación radiactiva o nuclear.**
- h) Las competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional, sus entrenamientos y ensayos preparatorios.**
- i) Los Accidentes debidos a hechos de carácter extraordinario o catastrófico, que quedarán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros (cláusula Decimoséptima).**
- j) El uso de embarcaciones, a vela o a motor, a más de dos millas de entrada en la costa; el uso de motocicletas y el uso de avionetas de propiedad particular.**
- k) La práctica de los siguientes deportes: Boxeo, judo, paracaidismo, espeleología, submarinismo, hockey, alpinismo, escalada, ala delta, parapente o cualquier otro de similar peligrosidad.**
- l) Las manipulaciones de electricidad en corrientes de alta tensión.**

3. Condiciones de tramitación de la indemnización de la Garantía Opcional de Indemnización por Fallecimiento por Accidente

Si a consecuencia de un Accidente cubierto por la Garantía Opcional fallece el Asegurado, inmediatamente o dentro de los veinticuatro (24) meses siguientes, la Entidad Aseguradora pagará la Suma Asegurada al Beneficiario(s) designado(s) por el Tomador del Seguro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de seguro.

En caso de fallecimiento acaecido con posterioridad al plazo establecido, el Beneficiario deberá probar que el fallecimiento se ha producido por causa directa del Accidente conforme a lo establecido en el apartado f) de la cláusula Octava de las Condiciones Generales.

Para la tramitación del pago de la indemnización, el Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado de defunción.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición del Beneficiario.
- d) Liquidación del Impuesto de Sucesiones o certificado de estar exento en su caso y/o impreso denominado IRPF, Retenciones del Trabajo Personal-Comunicación de Datos al pagador.

Conforme a lo previsto en el apartado f) de la cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales, la Entidad Aseguradora podrá solicitar toda la documentación acreditativa necesaria para la valoración del siniestro.

La Suma Asegurada será satisfecha al tomador del seguro o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiera Beneficiario concretamente designado en las Condiciones Particulares o suplemento ni reglas para su determinación.

La Entidad Aseguradora pagará la indemnización según lo previsto en las condiciones anteriores y sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 18 y 20 de la Ley de Contrato de seguro.

4. Ámbito territorial de la Garantía Opcional de Indemnización por Fallecimiento por Accidente

La garantía de la presente Garantía Opcional se extiende al mundo entero.

B. GARANTÍA OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

1. Objeto de la Garantía Opcional de Indemnización por Hospitalización

Por la Garantía Opcional de Indemnización por Hospitalización, la Entidad Aseguradora garantiza al Asegurado el pago de la Indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares o suplemento, durante el tiempo que el mismo deba permanecer hospitalizado por motivo de Enfermedad o Accidente en una clínica, Hospital o sanatorio, ya sea público o privado, **y hasta un máximo de 365 días por Siniestro.**

Para tener derecho a la Indemnización se deberá comunicar el siniestro a la Entidad Aseguradora en el plazo de siete (7) días desde su acaecimiento, mediante el impreso existente al efecto (Solicitud de Indemnización por Hospitalización) junto con el Informe de alta médica hospitalaria o documentación acreditativa y debidamente suscrita por facultativo responsable en la que, al menos, deberá figurar la fecha de ingreso en el Hospital, el motivo del ingreso, evolución y la fecha de alta.

Conforme al apartado f) de la cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales, la Entidad Aseguradora podrá solicitar toda documentación acreditativa que considere necesaria para la valoración del Siniestro. Una vez realizadas las comprobaciones oportunas, la Entidad Aseguradora procederá al pago de la Indemnización relativa a cada Siniestro de una sola vez.

Se establece un período de carencia de seis (6) meses.

En todo caso, la Garantía Opcional de Indemnización por Hospitalización se extinguirá automáticamente al concluir el período contractual dentro del cual el Asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.

2. Riesgos excluidos de la Garantía Opcional de Indemnización por Hospitalización

Quedan excluidas de la Garantía Opcional y, por lo tanto, no devengarán Indemnización alguna, las Hospitalizaciones originadas por:

- a) Las Enfermedades Preexistentes, patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la Garantía Opcional o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el Cuestionario de Salud que debe cumplimentar el Tomador/Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
- b) Las Enfermedades producidas en alteraciones de orden público o de guerra.**
- c) Las Enfermedades consecuentes de la energía atómica o nuclear, salvo que sean consecuencia de tratamiento médico.**
- d) Las epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el organismo nacional o internacional competente.**
- e) Los Accidentes producidos en cualquier clase de deporte que se practique con carácter profesional.**
- f) Operaciones o tratamientos de Medicina/Cirugía Estética.**
- g) Las Enfermedades o lesiones originadas o producidas por alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y/o de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), es-**

tupefacientes o alucinógenos. Los intentos de suicidio o autolesiones.

- h) Las lesiones originadas o producidas como consecuencia de acciones delictivas del asegurado y/o de su participación en riña, desafío o apuestas.**
- i) Las Enfermedades psiquiátricas.**
- j) Las Hospitalizaciones consecutivas o derivadas del embarazo, aborto o parto.**
- k) Las Hospitalizaciones y prórrogas de estancia en Hospital por problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).**

3.Ámbito territorial de la Garantía Opcional de Indemnización por Hospitalización

La garantía de la presente Garantía Opcional se extiende al mundo entero.

C. GARANTÍA OPCIONAL DE SEGURO DENTAL

1. Objeto de la Garantía Opcional de Seguro Dental

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente Garantía Opcional, y mediante el pago de la correspondiente Prima, la Entidad Aseguradora se obliga a otorgar cobertura sobre las siguientes coberturas:

1º. Asistencia dental, a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental de la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, una relación de profesionales y centros debidamente autorizados, de los que podrá solicitar los servicios sanitarios odontológicos que este requiera, **de conformidad con las coberturas establecidas en el correspondiente Cuadro de Coberturas y Franquicias.**

Los servicios odontológicos cubiertos por la presente Garantía se relacionan en el mencionado Cuadro de Coberturas y Franquicias, que figura como Anexo VII de las presentes Condiciones Generales. En dicho Cuadro se especifica igualmente el importe de la franquicia correspondiente a cada servicio. **Los servicios odontológicos, así como sus importes, podrán ser modificados y/o actualizados anualmente, previa comunicación al tomador por parte de la Entidad.**

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas, en sustitución de las prestaciones cubiertas.

2º. Asimismo, se incluyen las siguientes coberturas de reembolso de gastos médicos odontológicos:

- a) Reembolso de gastos odontológicos por Accidente Bucodental. El alcance de la cobertura y la información necesaria para la tramitación de Siniestros se recoge en el Anexo V de estas Condiciones Generales.
- b) Reembolso de gastos odontológicos por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales. El alcance de la cobertura y la información necesaria para la tramitación de Siniestros se recoge en el Anexo VI de estas Condiciones Generales.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de seguro, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Garantía Opcional, que en todo caso será prestada a través de los medios concertados por la Entidad Aseguradora, según el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental.

El Tomador quedará exento del pago de la prima correspondiente a la Garantía Opcional de Seguro Dental respecto de los asegurados menores de 8 años de edad que figuren de alta en dicha Garantía junto con, al menos, otro asegurado mayor de dicha edad. Cuando los menores de 8 años alcancen la referida edad ostentando ya la condición de asegurados de la presente Garantía Opcional de Seguro Dental, la obligación de abonar la prima correspondiente a la misma comenzará a partir de la siguiente renovación contractual a dicha fecha.

La prima aplicable a la Garantía Opcional de Seguro Dental se calcula teniendo en cuenta: a) el número de asegurados de alta en dicha Garantía Opcional; y b) el n.º de asegurados menores de 8 años que figuren de alta en dicha Garantía Opcional junto con, al menos, otro asegurado mayor de dicha edad. En consecuencia, cualquier alteración de las circunstancias anteriores podría dar lugar a una modificación del importe de la prima.

2. Riesgos excluidos de la Garantía Opcional de Seguro Dental

Además de las que puedan establecerse con carácter específico en cada caso en las Condiciones Particulares o suplemento aplicable, quedan excluidas de esta Garantía Opcional las Prestaciones odontológicas en los siguientes casos:

- a) Las prestaciones que sean consecuencia de hechos derivados de conflictos armados, hayan ido precedidos o no declaración oficial de guerra, así como las epidemias y pandemias oficialmente declaradas.**
- b) Las prestaciones que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones nucleares o radioactivas.**

- c) Las prestaciones que sean consecuencia de hechos de carácter extraordinario o catastrófico, tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.**
- d) Las prestaciones que sean consecuencia de 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, uso deportivo de vehículos a motor, uso de embarcaciones, boxeo, toreo, etc. Y cualesquiera otra de naturaleza análoga.**
- e) Las prestaciones o lesiones originadas o producidas por enfermedades mentales, por alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y/o de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), estupefacientes o alucinógenos. Los intentos de suicidio o autolesiones.**
- f) Las lesiones originadas o producidas como consecuencia de acciones delictivas del asegurado y/o de su participación en riña, desafío o apuestas.**
- g) Cualquier Prestación o servicio odontológico no incluido expresamente en el Cuadro de Coberturas y Franquicias o realizado por un proveedor asistencial (facultativo o centro) no perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental concertado por la Entidad Aseguradora.**
- h) Cualquier prestación o servicio dental que requiera anestesia general y/o sean prestados en régimen asistencial distinto al ambulatorio en clínica dental.**

3. Prestación y utilización de los servicios cubiertos por la Garantía Opcional de Seguro Dental

Las Prestaciones cubiertas por la presente Garantía

Opcional, que son las que se indican en el Cuadro de Coberturas y Franquicias, **serán prestadas exclusivamente por los facultativos y clínicas dentales incluidos en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental que la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, con especificación del centro o centros permanentes de Urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos o clínicas dentales.** No existen Períodos de Carencia para esta Garantía Opcional, por lo que las garantías pactadas serán facilitadas por la Entidad Aseguradora desde la Fecha de Inicio del Contrato de seguro, o contratación de la Garantía Opcional, o de incorporación de un nuevo Asegurado.

La Entidad Aseguradora no se responsabiliza ni se hará cargo del coste de ninguna Prestación realizada fuera del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental. Se exceptúan las Prestaciones por motivo de Urgencia siempre que queden dentro de las Prestaciones de esta Garantía Opcional, de acuerdo con la definición prevista en las Condiciones Generales, que requerirán siempre autorización de la Entidad Aseguradora, dentro del plazo de siete (7) días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

- a) A los efectos de esta Garantía Opcional, se entiende comunicado el Siniestro cuando el Asegurado solicite las prestaciones cubiertas por la misma.
- b) El Asegurado, a quien corresponde el ejercicio de los derechos comprendidos en la presente Garantía Opcional, deberá identificarse al requerir los servicios sanitarios asegurados, exhibiendo la Tarjeta Sanitaria de la Entidad Aseguradora, junto con el D.N.I. o, en su caso, cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducir). La citada

Tarjeta Sanitaria es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la misma dará lugar al ejercicio por parte de la Entidad Aseguradora de las acciones legales que correspondan y al derecho de rescisión del Contrato de seguro de conformidad con el apartado c) de la cláusula Décima.

- c) Únicamente se encuentran cubiertas las Prestaciones de esta Garantía Opcional realizadas de forma ambulatoria en la consulta del profesional o clínica dental, **por lo que queda excluida cualquier asistencia que requiera anestesia general y/o Hospitalización (incluido, Hospital de Día).**
- d) En caso de Urgencia, el Asegurado deberá acudir al centro/s de urgencias que la Entidad Aseguradora tenga establecido al efecto. Dicha información estará a su disposición en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental, web (www.asisa.es) o app y canales de información de la Entidad Aseguradora.
- e) De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión la tomará el Asegurado, de acuerdo con las garantías de la presente Garantía Opcional.
- f) En caso de tratamientos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental concertado, en base a las coberturas y franquicias vigentes incluidas en el correspondiente Cuadro de Coberturas y Franquicias.
- g) En caso de Franquicia aplicable, 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.

h) Todos los tratamientos requieren prescripción facultativa, tras valoración previa del paciente en consulta, **por lo que no serán de cobertura aquellos que no cumplan dicho requisito.**

SEXTA: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El presente contrato de seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, eventualmente, en el suplemento en caso de que se haya contratado una o varias Garantías Opcionales en momento distinto a la contratación de la Garantía Obligatoria, haciendo coincidir la fecha de vencimiento de las anteriores a la fijada para esta última. Al vencimiento o finalización del Periodo de Seguro, 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 (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador del Seguro, y de dos (2) meses cuando sea la Entidad Aseguradora.** La Entidad Aseguradora deberá comunicar al Tomador del Seguro, cualquier modificación del Contrato de seguro al menos dos (2) meses antes de que concluya el período contractual en curso.

En el mismo plazo de dos (2) meses descrito en el párrafo anterior, el Tomador del Seguro podrá oponerse a la prórroga de una o varias de las Garantías Opcionales que haya contratado sin que ello implique que se oponga a la prórroga de la Garantía Obligatoria. En caso de que el Tomador del Seguro se opusiera a la prórroga de la Garantía Obligatoria, se entenderá que se oponga a la

prórroga del Contrato de seguro incluyendo, en su caso, las Garantías Opcionales.

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

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

El contrato de seguro quedará extinguido respecto del asegurado que traslade su domicilio fuera del territorio español o cuando su residencia habitual fuera de España dentro de la anualidad de seguro fuera superior a nueve meses.

SÉPTIMA: CONDICIONES ECONÓMICAS DEL SEGURO

El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de seguro, está obligado al pago de

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

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

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

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de la misma, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, reservándose ésta el derecho a resolver el contrato. En caso de que la Entidad Aseguradora no haya resuelto el contrato o reclamado la prima o fracción de la misma en el plazo de los seis (6) meses siguientes al impago, se entenderá que el contrato de seguro queda extinguido. Si el contrato de seguro no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto no retroactivo a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague la

prima. En cualquier caso, la Entidad Aseguradora cuando el contrato de seguro esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la Prima del Período de Seguro en curso.

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

La Entidad Aseguradora y el Tomador del Seguro sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

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

La variación en el número de asegurados puede dar lugar a una retarificación automática del importe de la prima en cualquier momento de vigencia del contrato, en función de los descuentos que sean de aplicación.

ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DEL CONTRATO DE SEGURO

La prima de cada asegurado se calcula en base a los factores de riesgo que se detallan seguidamente: edad del asegurado en la fecha de conclusión del período de seguro que vence y zona geográfica del domicilio del asegurado identificado en las Condiciones Particulares. A través del presente documento, el tomador del Seguro manifiesta su conformidad a las modificaciones que, por tal motivo, pueda experimentar el importe de la prima. Asimismo,

la Entidad Aseguradora podrá tomar en consideración en la actualización de la prima: la variación de los costes asistenciales, la morbilidad, la incorporación de nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas, así como el tipo y la frecuencia de utilización de las prestaciones por parte del Asegurado.

La actualización de la prima se efectúa de conformidad con lo establecido en el artículo 94.1 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, que dispone que las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas. La Entidad Aseguradora comunicará por escrito y con, al menos, dos (2) meses antes de la renovación del Contrato de seguro, la actualización del importe de la prima, suma asegurada, límites parciales, porcentajes, etc. para la siguiente anualidad de seguro.

Recibida la citada comunicación, el Tomador del Seguro podrá hacer uso del derecho establecido en la cláusula Sexta.

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

FRANQUICIAS: Respecto de la Garantía Opcional de Seguro Dental, la Entidad Aseguradora podrá actualizar el Cuadro de Coberturas y Franquicias, con efecto de 1 de enero de cada nuevo año natural, por lo que, de

tener contratada dicha Garantía Opcional, informará al Tomador con, al menos, dos meses de antelación a 31 de diciembre de cada año del Cuadro de Coberturas y Franquicias que resultará de aplicación durante el siguiente año natural. Recibida dicha información, el Tomador tendrá la facultad de notificar a la Entidad Aseguradora su disconformidad con la actualización, solicitando la baja antes del 30 de noviembre del año en curso de los asegurados que tengan contratada la Garantía Opcional Dental contratada partir del siguiente 1 de enero, con derecho, en su caso, a recibir el extorno de la prima no consumida de dicha Garantía hasta la conclusión del período contractual en curso. En consecuencia, transcurrido el plazo indicado, sin que el Tomador solicite la baja de los asegurados incluidos en la Garantía Opcional Dental por disconformidad con el Cuadro de Coberturas y Franquicias para el siguiente año, éste se entenderá tácitamente aceptado desde el siguiente 1 de enero. La baja de la Garantía Opcional de Seguro Dental por no aceptación del nuevo Cuadro de Coberturas y Franquicias no implicará la cancelación del resto de Garantías (Obligatoria y Opcionales) del Contrato de seguro.

OCTAVA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

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

- a) Declarar a la Entidad Aseguradora, antes de la conclusión del contrato y/o in corporación de las Garantías Opcionales en un momento posterior, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo a asegurar. Queda exonerado

de tal deber si la Entidad Aseguradora no le somete Cuestionario de Salud o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él, resultando esencial que la información facilitada por el Tomador del Seguro/Asegurado sea veraz y completa, al constituir la base para la aceptación del riesgo del presente Contrato de seguro, del cual forma parte dicho Cuestionario de Salud.

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

El tomador del seguro y el asegurado también están obligados a notificar a la Entidad Aseguradora el cambio de domicilio y de dirección de correo electrónico identificadas en las Condiciones Particulares, así como el resto de datos facilitados a la Entidad Aseguradora a efectos de comunicaciones, en los ocho (8) días siguientes a producirse dicho cambio. Para mantener el derecho a las Prestaciones e Indemnizaciones, en su caso, del contrato de seguro, el nuevo domicilio debe encontrarse dentro del ámbito asistencial de la Entidad Aseguradora.

- c) Comunicar el Siniestro a la Entidad Aseguradora en el plazo de siete (7) días desde su acaecimiento mediante la documentación acreditativa oportuna.
- d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando

los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación o, en su caso, del pago de la indemnización, derivada del siniestro.

- e) Facilitar a la Entidad Aseguradora toda la información que ésta precise para ejercer el derecho de subrogación, previsto en el Artículo 82 de la Ley de Contrato de seguro, en los derechos y acciones que, por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.
- f) El Asegurado(s), beneficiario(s) o, en su defecto, las personas debidamente autorizadas para ello por los anteriores, tienen la obligación de facilitar a la Entidad Aseguradora, en aquellos casos que lo requiera expresamente, toda documentación médica, diagnóstica o probatoria, y/o presupuestos relacionados con el siniestro que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial o indemnización requerida es objeto de cobertura por el presente contrato, así como las visitas de inspección que pueda realizar el personal médico. La Entidad Aseguradora no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación o indemnización, que no procediera asumir, una vez conocida la información y documentación facilitada por el Asegurado.
- g) Comunicar a la Entidad Aseguradora la pérdida, sus-

tracción o deterioro de la tarjeta sanitaria a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta sanitaria al domicilio del asegurado identificado en las Condiciones Particulares, anulando la anterior. Igualmente, el tomador o asegurado deberán devolver a la Entidad Aseguradora la tarjeta Sanitaria correspondiente al asegurado cuando su contrato de seguro quede extinguido.

NOVENA: FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

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

Para el alta del recién nacido en las Garantías Opcionales serán de aplicación las condiciones establecidas por la Entidad Aseguradora en cada momento.

El alta del recién nacido en el resto de Garantías Opcionales susceptibles de contratación se registrará por las condiciones establecidas por la Entidad Aseguradora en cada momento.

- c) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin indicación de los motivos y sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los catorce (14) días siguientes a la firma del contrato de seguro o a la recepción por el Tomador del Seguro de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma del Contrato de seguro, mediante comunicación escrita fehaciente a la Entidad Aseguradora en este sentido, que permita dejar constancia de la notificación. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

DÉCIMA: FACULTADES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

- a) Cuando la Entidad Aseguradora tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del Seguro/Asegurado en el Cuestionario de Salud exigible en cada caso para la contratación del seguro (Garantía Obligatoria y Ga-

rantías Opcionales), podrá rescindir el contrato de seguro mediante comunicación dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes desde que tuvo conocimiento. Si dicha reserva o inexactitud afecta a uno de los Asegurados, la Entidad Aseguradora podrá excluir al mismo de la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador.

- b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Entidad Aseguradora efectúe la comunicación a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.
- c) En la Modalidad de Asistencia Sanitaria, en caso de uso fraudulento de la Tarjeta Sanitaria con conocimiento o consentimiento por parte del Tomador del Seguro o Asegurado, la Entidad Aseguradora queda facultada para (i) rescindir el contrato de seguro, cualquiera que sea el momento de vigencia del mismo; (ii) para reclamar el coste de las prestaciones o indemnizaciones indebidamente asumidas a su cargo; (iii) y al ejercicio por parte de la Entidad Aseguradora de las acciones legales que correspondan.
- d) La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier Prestación o indemnización que no procediera asumir, una vez conocida la información por el Asegurado.
- e) Si el Tomador del Seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora solo podrá resolver el contrato de seguro cuando la verdadera edad de aquel,

a la Fecha de Inicio del mismo, excediere de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora en el momento de contratación. A efectos de las Garantías Opcionales de Indemnización por Fallecimiento por Accidente e Indemnización por Hospitalización, si el Asegurado excediera realmente de los 70 años, la Entidad Aseguradora podrá dar de baja al Asegurado respecto de dichas Garantías Opcionales. Si no excediera de los citados límites, la Entidad Aseguradora queda facultada para regularizar la diferencia entre el importe abonado por el Tomador del Seguro y el que ésta debería haber abonado en caso de haber declarado la edad correcta del Asegurado en el momento de contratación.

DECIMOPRIMERA: PÉRDIDA DE DERECHOS, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - a) En caso de reserva o inexactitud por parte del tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado, a la hora de declarar el riesgo (al cumplimentar el Cuestionario de salud) antes de la suscripción del contrato de seguro o alguna de las Garantías Opcionales en un momento posterior, siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de Contrato de seguro).
 - b) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima o fracción de la misma, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de seguro).
 - c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de seguro).

2. Si se hubiera practicado reconocimiento previo o se hubiera reconocido plenitud de derechos, el Contrato de seguro será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora no podrá negar sus Prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza, o el Asegurado, actuando con Dolo o culpa grave, haya cumplimentado el Cuestionario de Salud con reserva o inexactitud.
3. El Contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el Siniestro o no existiera el riesgo.
4. Podrá ser causa de resolución anticipada del contrato la no presentación por parte del Asegurado de la documentación original del siniestro en la Modalidad de Reembolso, tras ser requerido para ello por la Entidad Aseguradora, o cuando las copias aportadas no se correspondan de manera fiel con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.
5. El Contrato de Seguro quedará extinguido respecto del asegurado que traslade su domicilio fuera del territorio español o cuando su residencia habitual fuera de España dentro de la anualidad de seguro fuera superior a nueve meses.

DECIMOSEGUNDA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalado en el contrato de

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

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

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

DECIMOTERCERA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

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

1. Delegación Provincial de ASISA.
2. Servicio de Atención al Cliente del Grupo ASISA, de acuerdo con lo previsto en la "Orden ECO/734/2004, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras". El procedimiento de gestión de las quejas y reclamaciones ante dicha instancia se puede consultar en el Reglamento de funcionamiento del Servicio de

Atención al Cliente del Grupo Asisa, en la página web de la Entidad (www.asisa.es).

3. En caso de desacuerdo con la resolución del Servicio de Atención al Cliente, o si no se hubiera obtenido respuesta en el plazo de dos meses, el interesado podrá interponer reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana n.º 44 - 28046 – Madrid, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo.

ASISA no se encuentra adherida a ninguna Junta Arbitral de Consumo. Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de Seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

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

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

DECIMOCUARTA: ÁMBITO DEL SEGURO

La Garantía Obligatoria, en su Modalidad de Asistencia Sanitaria se limita al territorio nacional, salvo la cobertura de Asistencia en Viaje, que se extiende al mundo entero,

junto con la Modalidad de Reembolso. Las Garantías Opcionales de Indemnización por Fallecimiento por Accidente y de Indemnización por Hospitalización, en su caso, se extienden igualmente a todo el mundo.

El contrato de seguro quedará extinguido respecto del asegurado que traslade su domicilio fuera del territorio español o cuando su residencia habitual fuera de España dentro de la anualidad de seguro fuera superior a nueve meses.

DECIMOQUINTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de sus datos personales.

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

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

2. Tratamiento de los datos personales.

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

El tomador del seguro se compromete a garantizar que

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

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

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

ASISA tratará los datos en base a la ejecución del contrato que le vincula con el asegurado para las siguientes finalidades:

- Prestar la asistencia sanitaria y el eventual pago de indemnizaciones según lo dispuesto en el contrato de seguro.
- Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.

ASISA tratará los datos basándose en el interés legítimo para:

- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos propios de la Entidad Aseguradora que sean

similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si no desea recibir publicidad por medios electrónicos, el asegurado podrá dirigirse a la dirección electrónica DPO@grupoasisa.com o mediante escrito dirigido a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.

- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar durante los plazos exigidos por la normativa vigente los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas.
- En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito. Asimismo, en base al cumplimiento de obligaciones legales, el tratamiento de los datos tendrá como finalidad:
 - Cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.
 - Realizar el análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea en el proceso de la solicitud del seguro o durante la vigencia del contrato de seguro en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.

- Cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.
- Conservar durante los plazos exigidos por la normativa vigente los datos personales del asegurado de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.

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

- Enviarle ofertas personalizadas de productos y/o servicios de las empresas del Grupo ASISA y/o Colaboradoras. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.grupoasisa.com/>.
- Compartir sus datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación con sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.grupoasisa.com/>.

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

4. Destinatarios de los datos personales.

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

- Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Organismos y Administraciones Públicas.
- Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en la presente Póliza.

- Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios elaborada por ASISA que se puede consultar en su sitio web www.asisa.es .
- Entidades financieras para la gestión de cobros y pagos.
- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) para la inclusión de sus datos personales, en caso de considerarse necesario, en el fichero común de prevención del fraude.
- Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.
- En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA compartirá su información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación con sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.grupoasisa.com/> .

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

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

5. Tiempo de conservación de los datos personales

Los datos personales se mantendrán durante la vigencia

del contrato y, posteriormente, siempre que el Asegurado no haya ejercitado su derecho de supresión, siendo conservados teniendo en cuenta los plazos legales que resulten de aplicación en cada caso concreto, de acuerdo con la tipología de los datos, así como con la finalidad del tratamiento. Una vez finalizado el mencionado plazo, ASISA se compromete a cesar en el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resulte necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA.

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

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

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

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

Asimismo, en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales

con la finalidad informada por ASISA y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas. En ese caso, ASISA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurren motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

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

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

- Escrito dirigido a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.
- Mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico: DPO@grupoasisa.com

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

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

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

DECIMOSEXTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

DECIMOSÉPTIMA: CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

La presente cláusula resultará de aplicación únicamente para el caso en el que se haya contratado la Garantía Opcional de Indemnización por Fallecimiento por Accidente. De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero y en las disposiciones complementarias.

I. Resumen de normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos:

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya procedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior,

y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas por el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a Siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los Siniestros que por su magnitud o gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los Sinistros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 900 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de

seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ANEXO I

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

De acuerdo con lo previsto en la cláusula Segunda de las presentes Condiciones Generales, la Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) = PET, = PET-TC **está cubierta exclusivamente para aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas en las que está aprobado el marcador FDG por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, de acuerdo con la ficha técnica del mismo. Son las detalladas a continuación:**

A) ONCOLÓGICAS

Diagnóstico:

Caracterización del nódulo pulmonar solitario.

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

Caracterización de una masa pancreática.

Estadificación:

Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida. Cáncer de pulmón primario.

Cáncer de mama localmente avanzado. Cáncer de esófago.

Carcinoma de páncreas.

Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.

Linfoma maligno.

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

Monitorización de la respuesta al tratamiento:

Linfoma maligno.

Tumores de cabeza y cuello.

Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

Gliomas con alto grado de malignidad (grados III o IV).
Tumores de cabeza y cuello.

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

Cáncer de pulmón primario. Cáncer de mama.

Carcinoma de páncreas. Cáncer colorrectal.

Cáncer de ovario.

Linfoma maligno.

Melanoma maligno.

B) CARDIACAS

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

C) NEUROLÓGICAS

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

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y CONSULTA CON EXPERTOS INTERNACIONALES

El asegurado o el especialista de la Entidad Aseguradora 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 cerebro-vasculares.
5. Cirugía ortopédica compleja.
6. Síndromes y malformaciones congénitas.
7. Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
8. Enfermedades y problemas derivadas de la insuficiencia renal.

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

Para acceder al servicio de Segunda Opinión, el asegurado deberá llamar al teléfono 91 075 71 95, donde

le indicarán la documentación (pruebas e informes médicos) relativa al primer diagnóstico establecido que deberá enviar a la dirección que le faciliten, junto con un cuestionario que deberá cumplimentar al efecto.

Expertos médicos 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 (5) días laborables desde la recepción de toda la documentación necesaria.

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

No están cubiertos por la Entidad Aseguradora las consultas, pruebas y/o tratamientos, que no se realicen de acuerdo con las normas establecidas para la Garantía Obligatoria del presente contrato.

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

A) ORIENTACIÓN MÉDICA

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

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

B) SERVICIO DE AYUDA PSICOEMOCIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES GRAVES

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

El servicio consistirá en un máximo de cinco (5) sesiones telefónicas por anualidad de seguro.

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

En las especialidades indicadas a continuación se incluye la cobertura de programas que comprenden consulta con el médico especialista, así como las pruebas diagnósticas que se indican, a título de ejemplo, y siempre que el facultativo las considere necesarias. **En todo caso, tanto las consultas como las pruebas de diagnóstico que correspondan según los diferentes programas, deberán cumplir los requisitos establecidos en la Cláusula Segunda: Prestaciones Aseguradas, en función de la Modalidad asistencial elegida, en cuanto a elección del profesional, prescripción y realización, informes, autorización por parte de la Entidad Aseguradora, etc.), que en el caso de la Modalidad de Asistencia Sanitaria quedan siempre limitados a profesionales y centros pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora.**

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

Ginecología: Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta y exploración, así como las pruebas diagnósticas (mamografía, citología y/o ecografía ginecológica) **que el especialista en Ginecología indique a la paciente a tal efecto.**

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 determine el médico especialista en Cardiología.**

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. El especialista en Urología prescribirá 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, colonoscopia o colonoscopia virtual) **que el especialista considere necesarias en su caso.**

ANEXO IV

ASISTENCIA EN VIAJE

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

ASEGURADO

Persona física residente en España titular de una Póliza de asistencia sanitaria de ASISA.

FAMILIAR

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

ACCIDENTE

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

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

Únicamente estará cubierta por el presente contrato, salvo que se especifique expresamente, aquella alteración del estado de salud de un individuo sobrevenida durante el transcurso de un viaje cubierto por la póliza cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD GRAVE

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

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo, **excepto en los países y territorios que estén detallados en cada momento en <https://www.europ-assistance.es/informacion-legal/Informacion-sobre-sanciones-internacionales-y-paises-excluidos>.**

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

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

ÁMBITO TEMPORAL

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

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

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

El Asegurado llamará al número anterior indicando: nombre y apellidos, número de póliza de ASISA, lugar donde se encuentra, dirección y teléfono, naturaleza de la asistencia que precisa o índole de su problema. La aseguradora garantiza la prestación de los servicios con

la mayor diligencia y durante las 24 horas del día, incluidos domingos y festivos.

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

Para el reembolso de cualquier gasto podrá dirigirse a <https://asisa.eclaims.europ-assistance.com>, donde podrá crear su propia solicitud de reembolso y hacer el seguimiento del trámite, o al apartado de correos 36316 (28020 Madrid). **En todos los casos será indispensable la presentación de la copia de las facturas y justificantes del pago.**

SANCIONES INTERNACIONALES

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

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

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado acaecido durante el transcurso de un viaje por el extranjero,

la aseguradora garantiza durante la vigencia del Contrato y hasta un máximo de 20.000 euros por asegurado y viaje, los gastos enumerados a continuación:

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

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

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

2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad o accidente no hiciera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, la aseguradora abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, **prescrita por un médico, hasta 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 de este:

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

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

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

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

En caso de defunción en España del cónyuge, pareja de hecho, padres, suegros, hijos, abuelos, nietos, yernos, nueras, cuñados o hermanos del asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por la presente póliza, la

aseguradora, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo para asistir al sepelio, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular, clase turista, o en tren, primera clase, o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante inscrito en las condiciones particulares y hasta el lugar de inhumación en España.

5. Transporte de restos mortales

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

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

6. Acompañamiento de restos mortales

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

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

7. Desplazamiento de un familiar

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar 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 Sobrevvenida 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 ocu-

parse de ellos por causa de enfermedad o accidente, cubierto por la póliza, o son repatriados por la aseguradora, ésta última organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el asegurado o su familia, o de una azafata de la aseguradora, al objeto de acompañar a los menores o discapacitados en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

10.- Prolongación de estancia en hotel de acompañante por hospitalización del Asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico de la aseguradora, ésta abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante, **también asegurado, hasta un límite de 60 euros por día y un máximo de 10 días.**

11.- Desplazamiento Acompañante “in situ”

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

12.- Traslado a hospital en caso de urgencia

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

13. Envío de medicamentos

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

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

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

14. Búsqueda y localización de equipaje

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

15. Transmisión de mensajes urgentes

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

16. Responsabilidad Civil

El seguro garantiza a primer riesgo la indemnización **de hasta 4.000 euros** por daños personales, materiales y/o sus perjuicios consecuenciales causados por el Asegu-

rado a un tercero y le puedan ser exigibles, conforme a la legislación vigente en el país correspondiente, por responsabilidad de naturaleza extracontractual.

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

17. Servicio de Información

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

18. Adelanto de Fondos

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

19. Servicio de Intérprete

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

20. Orientación médica telefónica

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

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

21. Asesoramiento en sucesiones.

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

- a. Asesoramiento jurídico al asegurado sobre el otorgamiento de testamento.
- b. Diseño, redacción, elaboración y, en su caso, intervención en el acto de la firma notarial.
- c. Atención personalizada a los beneficiarios.
- d. Servicio permanente de asistencia jurídica telefónica en materia sucesoria.
- e. Obtención de todos los certificados necesarios:
 - Defunción.
 - Nacimiento.
 - Matrimonio o convivencia.
 - Fe de vida.
 - Registro de actos de últimas voluntades.

f. Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:

- Baja.
- Auxilio por defunción.
- Altas del cónyuge.
- Altas de otros beneficiarios.

g. Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.

h. Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.

i. Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:

- Copia del último testamento.
- Declaración de herederos abintestato.
- Apertura del testamento.
- Determinación del caudal hereditario.
- Adjudicación y partición de la herencia.

j. Tramitación de la carta de pago.

k. Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales.

l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

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

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

22. Trámites administrativos para la obtención de visados

La aseguradora, a petición del Asegurado se encargará de gestionar la documentación necesaria para solicitar

el visado correspondiente. Las tasas consulares, intermediarios (en el caso de que sean necesarios) y mensajería serán a cargo del Asegurado.

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

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

23. Cancelación de Tarjetas

A demanda del Asegurado, la aseguradora procederá, en el menor tiempo posible, a realizar los trámites necesarios para la cancelación de tarjetas bancarias y no

bancarias, emitidas por terceras entidades en España, como consecuencia de robo, hurto o extravío de estas.

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

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

24. Bloqueo del teléfono móvil

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

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

25. Gastos de comunicación

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

EXCLUSIONES

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

- 1.- Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el asegurado con anterioridad a la firma del Contrato o de su renovación o prórroga, así como aquellas que se manifiesten durante la vigencia del mismo y con anterioridad al inicio del viaje salvo la primera asistencia de urgencia o hasta la estabilización del Asegurado.
- 2.- Enfermedades mentales.
- 3.- Revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos; curas termales y cirugía estética.
- 4.- Los casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica en el extranjero.
- 5.- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente que se produzca durante los primeros 150 días de gestación.
- 6.- La participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
- 7.- La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo como:
 - Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.
 - Deportes aéreos en general.
 - Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.

- 8.- Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del asegurado.
- 9.- Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.
- 10.- Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.
- 11.- Actos dolosos del tomador, asegurado, o causahabiente de estos.
- 12.- Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.
- 13.- Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas.
- 14.- Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

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

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

- 2.- Los gastos de gafas, lentillas y muletas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo.**
- 3.- Los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos prescritos y/o recetados en España, aunque sean consecuencia de enfermedades o accidentes sobreenvenidos en el extranjero y aquellos de importe inferior a 6 euros.**

ANEXO V

GARANTÍA OPCIONAL DE SEGURO DENTAL: REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE BUCODENTAL

En caso de que el Asegurado sufra un daño en la Cavidad Bucodental con ocasión de un Accidente Bucodental ocurrido con posterioridad a la Fecha de Inicio de vigencia de la Garantía Opcional de Seguro Dental o del alta del Asegurado en la misma, la Entidad Aseguradora se obliga a reembolsar al Asegurado el importe de las Franquicias correspondientes a la asistencia dental que dentro de las coberturas de la Garantía Opcional precise el Asegurado, **con el límite máximo de mil quinientos (1.500 €) euros por Siniestro y anualidad del seguro.**

El reembolso de gastos odontológicos se limitará a los gastos abonados previamente por el Asegurado en relación con la asistencia prestada por los profesionales/centros pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental concertado por la Entidad Aseguradora, y con el límite máximo de los importes de Franquicia establecidos en el Cuadro de Coberturas y Franquicias de la Póliza.

Únicamente serán objeto de cobertura las asistencias que se realicen durante la vigencia del Contrato de seguro y que tengan origen en Accidentes Bucodentales ocurridos igualmente durante la vigencia de la Garantía Opcional de Seguro Dental.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE BUCODENTAL:

Además de las exclusiones señaladas en el apartado 2 de la cláusula Quinta C. referente a la Garantía Opcional de Seguro Dental, queda excluido expresamente de la

presente garantía el reembolso de gastos por Accidente Bucodental los siguientes casos:

- a) Los Accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado.**
- b) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la definición de Accidente Bucodental.**
- c) Los Accidentes que sean fruto de ceguera, sordera u otro defecto físico del Asegurado.**
- d) Los Accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico colegiado mediante informe debidamente suscrito.**
- e) Los ocurridos en competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional, sus entrenamientos y ensayos preparatorios.**
- f) Los Accidentes ocurridos por el uso de embarcaciones a vela o a motor a más de dos millas de la costa, por el uso de motocicletas y por el uso de avionetas de propiedad particular.**
- g) Los Accidentes ocurridos por la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.**
- h) Los Accidentes ocurridos por la práctica de deportes, 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.**

TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

En caso de reembolso de gastos, el Asegurado o, en su caso, persona debidamente autorizada al efecto, y sin perjuicio de lo establecido en el apartado f) de la cláusula Octava, deberá presentar a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- a) Informe médico completo emitido por el profesional/centro perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental debidamente firmado, en el que conste la siguiente información: fecha del accidente, lesiones, diagnóstico, tratamiento realizado y justificación causa-efecto entre el accidente y el tratamiento realizado.
- b) Informe de Alta.
- c) Facturas acreditativas de los importes abonados en concepto de Franquicias, según el Cuadro de Coberturas y Franquicias vigente en cada momento.

La documentación relacionada se enviará mediante correo electrónico a la dirección reembolsodental@asisa.es, o bien mediante correo postal a la dirección: Apartado de correos n.º 736 FD/2812696 - 28080 Madrid, o por cualquier otro medio que la Entidad Aseguradora ponga a disposición del Asegurado.

La Entidad Aseguradora, una vez que haya recibido la totalidad de la documentación requerida relacionada y realizadas las comprobaciones que correspondan, efectuará, si procede, el reembolso de las cantidades determinadas de acuerdo con las condiciones establecidas en esta cobertura.

ANEXO VI

GARANTÍA OPCIONAL DE SEGURO DENTAL: REEMBOLSO DE GASTOS POR CONTINGENCIAS POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DE DETERMINADOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES

Si con ocasión de un Tratamiento Dental Inicial de los especificados en el presente documento, y una vez emitido el correspondiente Informe de Alta, aparecieran patologías o situaciones médicas ajenas a dicho tratamiento que influyeran de manera negativa en su evolución, la Entidad Aseguradora se obligará a reembolsar al Asegurado, con los límites de la Suma Asegurada, el importe del coste del Tratamiento Dental de Recuperación que haya podido precisar para la recuperación del Fin terapéutico inicialmente planificado e identificado en el Tratamiento Dental Inicial.

El importe a reembolsar corresponderá al 20% del importe de la factura del Tratamiento Dental de Recuperación, con el límite de la Suma Asegurada (20% del importe del Tratamiento Dental inicial, con un máximo de mil quinientos (1.500 €) euros por anualidad de seguro.

Únicamente serán tenidos en cuenta a efectos de reembolso, los gastos abonados en concepto de Franquicias, según el Cuadro de Coberturas y Franquicias vigente en el momento de realización de los Tratamientos Dentales cubiertos (Inicial y de Recuperación), a través de profesionales/centros del Cuadro Médico/ Lista de Facultativos y Servicios Dental de la Entidad Aseguradora.

A los efectos de esta cobertura, tienen la consideración de Tratamiento Dental Inicial los siguientes tratamientos dentales de:

1. Rehabilitación estomatognática mediante prótesis fija dentosoportada.
2. Implantología.
3. Ortodoncia.

Únicamente será objeto de cobertura el Tratamiento Dental de Recuperación que haya sido iniciado y finalizado dentro del plazo de cinco (5) años desde la fecha de emisión del Informe de Alta del Tratamiento Dental Inicial.

Para tener derecho a esta cobertura es necesario que la Garantía Opcional de Seguro Dental haya estado en vigor desde el inicio del Tratamiento Dental Inicial hasta la finalización del Tratamiento Dental de Recuperación.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA GARANTÍA DE REEMBOLSO POR CONTINGENCIAS POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DE DETERMINADOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES

Además de las exclusiones señaladas en el apartado 2 de la cláusula Quinta C. referente a la Garantía Opcional de Seguro Dental, queda excluido expresamente de la presente garantía el reembolso de gastos en los siguientes casos:

- a) Los derivados de Accidentes Bucodentales.**
- b) Los derivados de tratamientos dentales que no hayan finalizado con un Informe de Alta.**
- c) Los derivados de cualquier acto médico-dental cubierto en la Garantía Opcional de Seguro Dental si el Asegurado no ha cumplido con lo previsto en el Informe de Alta en lo relativo a las revisiones a efectuar, higiene, cuidados, etc.**

- d) Los derivados de cualquier acto médico-dental, cubierto en la Garantía Opcional de Seguro Dental, necesario para la reparación del daño como consecuencia de una situación sobrevenida cubierta por la Garantía Opcional si el Asegurado no presenta la factura a la Entidad Aseguradora acreditativa de haber pagado el tratamiento.**
- e) Los derivados de la repetición de un tratamiento dental por alegación de daño exclusivamente estético.**

TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES

En caso de Siniestro, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado f) de la cláusula Octava, el Asegurado deberá presentar a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- a) Copia del Informe de Alta del Tratamiento Dental Inicial debidamente suscrito por el facultativo competente, en donde se detalle el Fin terapéutico inicialmente planificado.
- b) Facturas acreditativas del pago de las Franquicias realizado por el Tratamiento Dental Inicial.
- c) Copia del Informe de Alta del Tratamiento Dental de Recuperación debidamente suscrito por el facultativo competente del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental, donde se manifieste que los actos médico-dentales cubiertos que sean requeridos tengan relación con el Tratamiento Dental Inicial.
- d) Facturas acreditativas del pago de las Franquicias realizado por el Tratamiento Dental de Recuperación.
- e) Formulario establecido al efecto por la Entidad Aseguradora.

La documentación relacionada se enviará mediante correo electrónico a la dirección reembolsodental@asisa.es, o bien mediante correo postal a la dirección: Apartado de correos n.º 736 FD/2812696 - 28080 Madrid, o por cualquier otro medio que la Entidad Aseguradora ponga a disposición del Asegurado.

La Entidad Aseguradora, una vez que haya recibido la totalidad de la documentación requerida y realizadas las comprobaciones que correspondan, efectuará, si procede, el reembolso de las cantidades determinadas de acuerdo con las condiciones establecidas en esta garantía.

ANEXO VII

CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS 2026

SERVICIOS	EUROS
A. DIAGNÓSTICO	
Examen inicial, diagnóstico y presupuesto	0
Examen periodontal	0
Examen de urgencia	0
Consulta profesional	0
Revisión odontología general	0
B. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	
Radiografía intraoral	0
Radiografía oclusal	0
Radiografía de aleta	0
Radiografía lateral de cráneo	0
Ortopantomografía digital	0
Telerradiografía digital	0
Estudio tomográfico (T.C.)	
T.C. una arcada	95
T.C. dos arcadas	130
C. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Tartrectomía	0
Tartrectomía con flúor	0
D. ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Obturaciones	
Provisional	0
Estética	50
Gran Reconstrucción	65
Reconstrucción coronaria con poste *	109

SERVICIOS	EUROS
E. ENDODONCIA	
Endodoncia unirradicular **	130
Endodoncia birradicular **	145
Endodoncia multirradicular **	165
Apicoformación por sesión	0
Apicectomías **	0
Reendodoncia (desde) **	180
Apertura de drenaje de la cámara pulpar (no se incluye el coste de la obturación)	45
F. ODONTOPEDIATRÍA	
Fluorizaciones	0
Selladores oclusales	0
Pulpotomías en dientes temporales	76
Corona metálica preformada	80
Mantenedores de espacio fijo	85
Mantenedores de espacio móvil	70
Reimplantación por piezas	0
Obturación en dientes temporales (composite)	49
Revisión mantenedor de espacio	25
G. PERIODONCIA	
Tratamientos no quirúrgicos	
Ferulización de dientes (por pieza)	40
Ferulización de dientes (por sextante)	162
Mantenimiento periodontal (por cuadrante)	35
Periodontograma	0
Curetaje por cuadrante (raspado y alisado radicular) *	45
Tratamientos quirúrgicos	
Gingivectomía parcial (por cuadrante) *	45

SERVICIOS	EUROS
Cirugía periodontal a colgajo (por cuadrante) *	195
Alargamiento coronario por cuadrante	190
Injerto mucogingival *	225
Colocación de bio-materiales (1 g)	245
Regeneración con membrana	255
Tratamiento de periimplantitis *	79
Alargamiento por diente	80
H. PRÓTESIS	
Fija	
Corona CAD-CAM	358
Removible o esquelético	
Removible acrílico	
Removible acrílico (De 1 a 3 piezas)	450
Removible acrílico (De 4 a 6 piezas)	550
Removible acrílico (más de 6 piezas)	695
Removible flexible	
Removible flexible (De 1 a 3 piezas)	650
Removible flexible (De 4 a 6 piezas)	750
Removible flexible (más de 6 piezas)	850
Completas	
Superior o inferior	795
Composturas	
Compostura	65
I. CIRUGÍA	
Extracción dentaria simple (por pieza)	0
Extracción dentaria quirúrgica (por pieza)	55
Torus maxilares	0
Quistectomía, quistes maxilares *	0
Frenectomía	0

SERVICIOS	EUROS
-----------	-------

Fenestración	0
Epulis	0
Apicoformación por sesión	0

J. IMPLANTOLOGÍA

Fase quirúrgica

Estudio de implantología (incluye modelos y fotos)	0
Implante	650
Mantenimiento de implantología	50
Elevación de seno *	460
Colocación de bio-materiales (1 g)	235
Regeneración con membrana	235

Fase protésica

Aditamento protésico por implante	345
Provisional sobre implante	245
Corona CAD-CAM	405

K. ATM

Revisión	36
Diagnóstico y colocación de férula de neuromiorelajación	335
Tallado selectivo. Análisis oclusal.	48

L. ORTODONCIA

	Hasta 12 meses	Hasta 24 meses	Más de 24 meses
Tratamiento ortodoncia brackets metálicos con retenedores finales	2.360	2.815	3.045
Tratamiento ortodoncia brackets estéticos con retenedores finales	2.760	3.215	3.445

SERVICIOS**EUROS**

Tratamiento ortodoncia brackets autoligados metálicos con retenedores finales	2.760	3.215	3.445
Tratamiento ortodoncia brackets autoligados estéticos con retenedores finales	3.360	3.815	4.045
Tratamiento interceptivo 1 año	1.350		
Tratamiento interceptivo 2 años	1.750		

NOTAS:

1. *Los servicios marcados con asterisco se pueden realizar con terapia láser, en cuyo caso se abonará adicionalmente el importe de 65€
 2. ** Los servicios marcados con doble asterisco se pueden realizar con terapia ENDOLASSIK, en cuyo caso se abonará adicionalmente el importe de 75€
- Todos los tratamientos requieren prescripción facultativa, tras valoración previa del paciente en consulta.

Condiciones Especiales

ASISA REEMBOLSO PYMES - MODALIDAD B - REEMBOLSO DE GASTOS

SUMA ASEGURADA

Asisa abonará, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria, cubierta por la Póliza, que hubiera recibido el Asegurado, **una cantidad equivalente al 90% del importe de dichos gastos en España y del 80% en el extranjero, y siempre con un máximo de 180.000 € por Asegurado y por anualidad del Seguro independientemente del número de procesos, o por uno o mas procesos intercurrentes o añadidos, relacionados o consecutivos, aunque sucedan en varias anualidades.**

Al objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que la vigencia del seguro se inicie en fecha posterior al 1 de enero, la suma asegurada para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la misma proporcionalidad para el año en que se extinga la Póliza, si la misma es anterior al 31 de diciembre.

LÍMITES ESPECIALES DE REEMBOLSO

En todo caso, y dentro del límite de suma asegurada del apartado anterior, **el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, se establecen a continuación:**

1) ASISTENCIA AMBULATORIA

1.1.- HONORARIOS MÉDICOS EN MEDICINA PRIMARIA/FAMILIAR Y MÉDICOS ESPECIALISTAS

Consultas de asistencia primaria y especializada	30.000 €
Atención especial a domicilio y servicios a domicilio	2.000 €/año

En los importes indicados quedan comprendidos todas las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta al Asegurado por el propio especialista encargado de establecer el diagnóstico y tratamiento.

1.2.- GASTOS POR INTERVENCIONES AMBULATORIAS

El límite máximo que se abonará para todos los conceptos sanitarios derivados o correspondientes a estos gastos (salvo los honorarios profesionales contemplados en el punto 2.2) por cualquier intervención o intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio será de 550 € por intervención.

2) ASISTENCIA HOSPITALARIA

2.1.- GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN

ASISTENCIA HOSPITALARIA	
Hospitalización (por día)	1.000 €
Hospitalización UVI/UCI (por día)	1.500 €
Hospital de día (por día)	300 €

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable para todos los conceptos sanitarios deriva-

dos o correspondientes a la asistencia en régimen de hospitalización (salvo los honorarios profesionales contemplados en el punto 2.2).

2.2.- HONORARIOS MÉDICOS

2.2.1.- En caso de intervención quirúrgica

Las intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado se catalogarán dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

Los límites máximos que se abonarán para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestesistas y cualesquiera otros profesionales, serán los siguientes:

HONORARIOS PROFESIONALES EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	
HH.MM. consultas en régimen de hospitalización	160 €
Cirugía grupo 0	20.000 €
Cirugía grupo 1	20.000 €
Cirugía grupo 2	20.000 €
Cirugía grupo 3	50.000 €
Cirugía grupo 4	50.000 €
Cirugía grupo 5	50.000 €
Cirugía grupo 6	50.000 €
Cirugía grupo 7	50.000 €
Cirugía grupo 8	50.000 €

2.2.2.- Cuando no exista intervención quirúrgica

Gastos razonables y acostumbrados.

2.3 TRASPLANTES

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora en los casos de intervenciones quirúrgicas con la finalidad de realizar un trasplante de órgano, no superará los siguientes límites:

TRASPLANTES	
Pulmón	Hasta el límite máximo
Hígado	Hasta el límite máximo
Corazón	Hasta el límite máximo
Médula ósea	Hasta el límite máximo
Riñón	Hasta el límite máximo
Córnea	15.000 €

En estas cantidades se incluyen todos los gastos hospitalarios, honorarios médicos y cualquier otro gasto sanitario cubierto derivado del trasplante.

3) ASISTENCIA POR MATERNIDAD

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la Asistencia Médica y/o Quirúrgica del parto y puerperio **tendrá los siguientes límites máximos:**

ASISTENCIA POR MATERNIDAD	
Parto normal	4.000 €
Parto con cesárea	4.500 €

En estos importes quedan incluidos todos los gastos originados durante el ingreso o internamiento, así como visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios de Tocólogo, Matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera otros gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en centro incluido en el cuadro médico de la Aseguradora, siendo el tocólogo ajeno al cuadro, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme a la Modalidad A y reembolsará en concepto de honorarios hasta un máximo de 3.000 € anuales en Parto normal y de 3.000 € anuales Parto con cesárea.

4) ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

La asistencia y los gastos causados por este motivo, se cubrirán únicamente durante el primer año de vida del recién nacido, y por un límite máximo, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de 12.000 €.

5) TRATAMIENTOS ESPECIALES

Los límites máximos en los importes para tratamientos especiales que se abonarán por la Aseguradora son los indicados a continuación:

TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia	40.000 €/año
Medicina nuclear	40.000 €/año
Radiología intervencionista	40.000 €/año
Láser quirúrgico	40.000 €/año
Litotricia extracorpórea	40.000 €/año
Diálisis y riñón artificial	40.000 €/año
Otros tratamientos	40.000 €/año

6) OTRAS PRESTACIONES

Las prestaciones que se indican a continuación tendrán los límites máximos de reembolso que se señalan para cada una de ellas:

OTRAS PRESTACIONES	
Odontoestomatología (exclusivamente para las prestaciones incluidas en el punto 6.5. Estomatología y Odontología de la Condición General Segunda de las Condiciones Generales)	375 €/año
Ambulancia	800 €/año
Podología (límite 12 sesiones/año)	300 €/año
Asistencia por ATS-DUE	300 €/año
Preparación al parto	125 €/año
Rehabilitación y fisioterapia	2.000 €/año
Psicoterapia (límite 20 sesiones/año o 40 sesiones/año para trastornos de la conducta alimentaria, acoso escolar, ciberacoso y violencia de género)	75 €/sesión
Asistencia hospitalaria del recién nacido	10.000 €
Foniatría y logopedia	2.000 €/año
Medios complementarios de diagnóstico	40.000 €/año
Prótesis	5.000 €/año

ASISA REEMBOLSO PYMES: NORMAS DE CONTRATACIÓN

La celebración del presente contrato de su seguro, así como su vigencia, quedan sujetas al cumplimiento de las presentes normas, de las que el tomador ha sido informado con carácter previo a la contratación:

a) La condición de tomador del seguro deberá recaer necesariamente en una persona jurídica o en un empresario autónomo.

La acreditación de dicha circunstancia se realizará mediante presentación de la siguiente documentación:

a.1) En el caso de personas jurídicas, mediante fotocopia de la tarjeta del N.I.F. de la sociedad.

a.2) En el caso de autónomos, mediante justificante del alta y último recibo del R.E.T.A. (Régimen Especial de Trabajadores Autónomos).

b) Podrán ostentar la condición de asegurados del presente contrato las siguientes personas, según el caso: personas jurídicas: sus accionistas/socios y trabajadores, así como familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos) de los anteriores. Empresarios autónomos: Empresarios autónomos y sus trabajadores, así como los familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos) de los anteriores.

La acreditación de dichas circunstancias se realizará mediante la siguiente documentación:

b.1) En el caso de empleados, mediante el documento RNT de la Seguridad Social.

b.2) En el caso de los familiares (empresario autónomo, socios/accionistas y trabajadores), mediante la presentación de alguno de los siguientes documentos:

- Libro de familia.
- Certificado de Registro de Parejas de Hecho.
- Certificado de Empadronamiento.
- Certificado de Convivencia.

c) El número de asegurados incluidos en el contrato de seguro debe ser siempre entre dos y cincuenta asegurados.

En caso de que durante el período contractual en curso, el número de asegurados descienda hasta uno, se aplicará un recargo del 20% en la prima del asegurado.

La variación en el número de asegurados puede dar lugar a una retarificación automática del importe de la prima en cualquier momento de vigencia del contrato, en función de los descuentos que sean de aplicación.

d) En caso de incumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos en los apartados anteriores, en cuanto a la condición del tomador (persona jurídica o autónomos), condición de los asegurados (accionistas/ socios, trabajadores, así como familiares de los anteriores) y número mínimo de asegurados (2), dará lugar a la extinción del contrato al vencimiento del período contractual en curso, no prorrogándose el contrato para la siguiente anualidad.

A dichos efectos, ASISA se reserva el derecho a solicitar al tomador en cualquier momento de vigencia del contrato la documentación que acredite el cumplimiento de las presentes normas de contratación.

**CONTRATO DE SEGURO
ASISA REEMBOLSO PYMES**

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

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

....., de de

Firmado:..... N° Póliza:.....



**CONTRATO DE SEGURO
ASISA REEMBOLSO PYMES**

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

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

....., de de

Firmado:..... N°Póliza:.....

RECORTE POR LA LÍNEA DE PUNTOS Y
DEVUELVALO FIRMADO





900 10 10 21 |
asisa.es