

ASISA INTERNACIONAL

Condiciones Generales



ÍNDICE

CLÁUSULA PRELIMINAR.....	5
DEFINICIONES	5
Primera: Objeto y límite del Seguro	14
Segunda: Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria: Descripción de las prestaciones aseguradas	16
Tercera: Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria: Prestaciones excluidas.....	39
Cuarta: Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria: Utilización de los servicios .	46
Quinta: Garantías Opcionales	50
Sexta: Duración del Contrato de seguro	62
Séptima: Condiciones económicas del seguro	64
Octava: Obligaciones y deberes del Tomador y/o Asegurado	68
Novena: Facultades del Tomador y/o Asegurado	71
Décima: Facultades de la Entidad Aseguradora.....	73
Decimoprimera: Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo	74
Decimosegunda: Comunicaciones	75
Decimotercera: Reclamaciones y prescripción	76
Decimocuarta: Ámbito del seguro	77
Decimoquinta: Protección de datos de carácter personal	78
Decimosexta: Exoneración de responsabilidad	84
Decimoséptima: Cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios	85
ANEXO I	91
ANEXO II	93
ANEXO III	96
ANEXO IV	98
ANEXO V	198
ANEXO VI	201
Normas de Contratación.....	205
Cuadro de Coberturas y Franquicias 2025	206

CONDICIONES GENERALES ASISA INTERNACIONAL

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. **Se establece un límite máximo de 10 asegurados por 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.

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

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 al final de las presentes Condiciones Generales.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: para la asistencia sanitaria en España, 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 sa-

nitario 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 del Asegurado: el que figure identificado en las Condiciones Particulares.
A los efectos del presente contrato de seguro, se entiende que el asegurado debe tener domicilio habitual en España y domicilio temporal por razones laborales en el extranjero.

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 Opcional de Seguro Dental, es el importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico concertado 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 de asistencia sanitaria que se contrata en todo caso con la suscripción del presente Contrato de seguro. Comprende las Prestaciones aseguradas de asistencia sanitaria 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 perma-

nencia 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.

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

Tomador del Seguro (Contratante): es la persona, física o jurídica, que, 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 es un contrato de seguro de Enfermedad, que incluye una Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria en España a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios concertados por la Entidad Aseguradora. Además, el asegurado tiene acceso a una cobertura de Asistencia de Viaje de carácter prolongado, con motivo de su residencia temporal en el extranjero por motivos laborales, cuyo alcance y extensión dependerán de la opción elegida por el tomador en el momento de solicitud del seguro, que figurará especificada en las Condiciones Particulares. El detalle de las opciones existentes para dicha cobertura (Opción Básica, Opción Ampliada y Opción Integral) y las condiciones correspondientes a cada una de ellas figura en el Anexo IV de las presentes Condiciones Generales.

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

La Entidad Aseguradora se reserva la posibilidad de incorporar a dicha Garantía, y repercutir en la Prima o precio del Seguro, tanto técnicas de tratamiento, medios de diagnóstico ya existentes en el momento de la contra-

tación 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 de Asistencia Sanitaria del presente contrato de seguro aquellas prestaciones, cuya incorporación no haya sido expresamente comunicada por la Entidad Aseguradora.**

La Entidad Aseguradora se hará cargo directamente, siempre que se cumplan las previsiones de este Contrato de seguro, 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 la presente Garantía Obligatoria.**

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, 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 aplicable a la presente Garantía Obligatoria.

Además, de forma voluntaria, el Tomador 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 DE ASISTENCIA SANITARIA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

Para acceder a las prestaciones aseguradas en virtud de la presente Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria, la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios en el que figuran los Servicios de Urgencia, la relación de médicos de las diferentes especialidades, Enfermería, otros profesionales de la Sanidad y centros sanitarios concertados en el ámbito de la respectiva provincia.

1.- Servicio de Urgencia

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 ser-

vicio 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 perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, podrá prestarse en el domicilio del asegurado, siempre que sea posible, en aquellos pacientes que, por razón de su patología no puedan desplazarse, siempre que sea posible.**

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 perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, 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 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 perteneciente al Cuadro Médico/Lista de facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora que esté tratando al paciente, con indicación del tratamiento y duración del mismo.

3.- Medicina Especializada

Consulta de especialidades médicas: el Asegurado puede elegir libremente el médico especialista, de entre los que figuran en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios, de las siguientes especialidades:

- Alergología
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vascular

- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología
- Geriatria
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología

- Psiquiatría
- Reumatología
- Urología

Cuando 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, 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 del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Igualmente deben ser realizados en todo caso por facultativo o centro concertado por la Entidad Aseguradora para el caso concreto.

En aquellos servicios marcados con un asterisco (*) en este apartado, se requiere, además, autorización previa y expresa por parte de la Entidad Aseguradora y 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. Se requiere prescripción e informe por especialista en Oncología Médica del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, 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.

Los estudios genéticos que se encuentran cubiertos requieren siempre prescripción e informe por médico especialista en la materia del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, así como autorización previa y expresa por parte de la En-

tividad Aseguradora, estableciéndose en todos los casos, además, un período de carencia de seis (6) meses.

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. espectral)**, R.M.N. (Resonancia Magnética; incluye R.M.N. cardíaca, Entero-Resonancia y R.M.N. multiparamétrica de próstata) (*), 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 (*). No es objeto de cobertura la PET-RM.**

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 (*) **(única-**

mente 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 (electronistagmografía, vídeo-nistagmografía) (*), 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 el último año 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 del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Igualmente deben ser realizadas en todo caso por facultativo o centro concertado por la Entidad Aseguradora para el caso concreto.

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

Estos servicios comprenden:

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

Aparato Circulatorio: Cateterismo 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.**

Cirugía oncológica de mama: Se incluye en la cobertura la reconstrucción mamaria, **exclusivamente tras mas-**

tectomía 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 Vascular 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, disgrafía o discalculia.**
- Se incluyen los tratamientos de Ortóptica y Pleóptica.

Para todas las prestaciones de Rehabilitación, además de la autorización previa de la Entidad Aseguradora, se requerirá informe médico, debidamente suscrito por el prescriptor.

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

6.1.- Podología:

El servicio de Podología, que incluye consulta y/o cura podológica (quiropodia), **se presta solo en consultorio, y con un límite de 12 sesiones 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 del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Igualmente debe ser realizado siempre por profesional o centro concertado por la Entidad Aseguradora para el caso concreto.**

6.2.- Psicoterapia:

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

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

No 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 **(no son objeto de cobertura los DIU hormonales)**. Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón).

Se establece un período de carencia de 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 especialista en Obstetricia y Ginecología del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Igualmente debe ser realizado siempre por profesional o centro concertado por la Entidad Aseguradora para el caso concreto.

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.

6.7.- Medicina Preventiva

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

6.8.- Doctor Virtual

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

7.- Hospitalización y Hospital de Día

a) Hospitalización:

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

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

manera expresa con carácter previo a su ocurrencia. En la prescripción deberá figurar el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro concertado por la Entidad Aseguradora y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por la Garantía Obligatoria.

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

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

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

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

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

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

La cobertura de Hospitalización incluye:

- Hospitalización por maternidad: asistencia al parto o cesárea y puerperio, asistida por Tocólogo y Matrona pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora. Incluye la anestesia también en partos normales.
- Hospitalización pediátrica: **solamente para niños hasta los 14 años, inclusive.**
 - Atención del recién nacido, a indicación del pediatra, desde el mismo momento del parto.

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

Siempre que el parto/cesárea haya sido cubierto por 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 del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y

Servicios, no puedan tratarse en el domicilio o de forma ambulatoria con las técnicas correctas y precisen internamiento.

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

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

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

b) Hospital de Día:

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

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

Es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que debe ser un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios y autorizada por la Entidad Aseguradora de manera expresa con carácter previo a su ocurrencia. En la prescripción deberá figurar el motivo de la asistencia a realizar. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro concertado por la Entidad Aseguradora y el motivo estar incluido entre los servicios cubiertos por la Garantía Obligatoria. Sin

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

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

8.- Cirugía Ambulatoria

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

Para este tipo de Cirugía se establece un Periodo de Carencia de seis (6) meses. Requiere previa prescripción por escrito de un médico especialista perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios y autorización expresa por parte de la Entidad.

9.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

Son objeto de cobertura los traslados en ambulancia, concertada por la Entidad Aseguradora, que se realicen dentro del territorio nacional, desde el domicilio, o el lugar en que se encuentre el asegurado, hasta el centro concertado donde deban prestarse los servicios asistenciales cubiertos que necesite, y del centro a su domicilio una vez completada la asistencia y **siempre que un médico del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios**

de la Entidad Aseguradora 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).

El servicio de ambulancia se solicitará siempre a través del 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.

No se encuentran cubiertos, en ningún caso, los traslados en medios de transporte distintos a las ambulancias (aviones medicalizados, tren, barco, helicóptero, etc.) ni los realizados por medios no concertados por la Entidad Aseguradora, incluyendo los servicios públicos.

10.- Prótesis e Implantes

La Entidad Aseguradora, **previa autorización expresa, 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 sustitutivos 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).**
- Las prótesis valvulares cardíacas **(excepto las prótesis valvulares transcatéter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otras);** las prótesis vasculares tipo “by pass”, las endoprótesis de aorta y sus ramas,

los conductos valvulados aórticos en casos de patología valvular aórtica, y los stents coronarios.

- Los marcapasos unicamerales y bicamerales **(no 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 intervenciones 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 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; la gestión de la obtención de córnea o médula ósea del donante será a cargo del asegurado.

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

Se requiere prescripción de un facultativo especialista en la materia del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora, y autorización expresa y previa por parte de la Entidad Aseguradora. 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 domicilio habitual en España y domicilio temporal en el extranjero por razones laborales, tendrá la cobertura de Asistencia en Viaje, de acuerdo con lo establecido en el Anexo IV de las presentes Condiciones Generales, según la opción elegida en el momento de la contratación de las tres opciones existentes (Básica, Ampliada o Integral), que figura especificada en las Condiciones Particulares del seguro.

TERCERA: GARANTÍA OBLIGATORIA DE ASISTENCIA SANITARIA: PRESTACIONES EXCLUIDAS

Además de las exclusiones específicamente establecidas en cada caso, queda excluida de la cobertura de la Garantía Obligatoria 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 o riesgo análogos.
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. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad o para control metabólico). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).**
- 8. 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.**
- 9. 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.**
- 10. 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.**
- 11. 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.**

12. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la inseminación artificial y la fecundación «in vitro», los DIU hormonales, así como las ecografías obstétricas de 4 y/o más “D” (4D, 5D, 6D, etc.). También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo.
13. 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 perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios, exceptuando los casos de reagudización del proceso.

14. 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 Se-

gunda), 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.

- 15. 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.

16. 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).
17. 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.).
18. La monitorización neurofisiológica y la Neuronavegación, salvo en los casos previstos en la cláusula Segunda.
19. 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.
20. La Radiocirugía estereotáctica 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.

21. Todo tipo de trasplantes, excepto el de médula ósea (autólogo y heterólogo) y córnea (siendo el coste de ésta a cargo del asegurado).
22. 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.
23. 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 contratación 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.
24. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad Aseguradora, salvo lo establecido para el caso de Hospitalización por urgencia vital.

25. 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 DE ASISTENCIA SANITARIA: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para la utilización de los servicios de asistencia sanitaria en España, debe tomarse en consideración lo establecido en los siguientes apartados.

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 o del copago, 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. Participación del Asegurado en el coste de los servicios (Copago)

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

3. Libertad de elección de médico

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

4. Períodos de Carencia

Algunas de las prestaciones cubiertas en la Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria 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.

QUINTA: GARANTÍAS OPCIONALES

La Entidad Aseguradora ofrece las siguientes Garantías Opcionales que pueden ser contratadas voluntariamente, de forma complementaria a la Garantía Obligatoria 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 competencias 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 en las oficinas de la correspondiente Delegación Provincial de ASISA o por correo electrónico en la dirección: siniestros@asisa.es

- 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), estupefacientes 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:

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 al final 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), estupeficientes 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 requie-**

ra 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 Op-

cional, 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 abona-

rá 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 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 opone a la prórroga de la Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria. En caso de que el Tomador del Seguro se opusiera a la prórroga de la Garantía Obligatoria, se entenderá que se opone 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.

En todo caso, el contrato quedará extinguido al término de la anualidad en la que asegurado regrese a España tras finalizar el desplazamiento por motivos laborales o por cualquier otro motivo, así como en caso de incumplimiento de las Normas de Contratación específicamente

establecidas para el presente contrato, detalladas al final del presente documento.

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.

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 y de los copagos 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.

COPAGOS: Las partes contratantes convienen la parti-

cipación del Asegurado en el coste de los servicios que utilice. Dicha participación o Copago será única para cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado por el asegurado, **y su importe podrá ser actualizado anualmente por la Entidad Aseguradora en cada renovación del contrato, mediante comunicación al Tomador del Seguro.**

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

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

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 incorporación 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, sustracción 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 de Asistencia Sanitaria 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 en España. En el caso de recién nacidos en el extranjero de parto/cesárea cubierto por ASI-SA con arreglo a la Opción Integral de Asistencia en Viaje, dicho plazo será de quince (15) días.** 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 esteesentido, 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 para la contratación del seguro (Garantía Obligatoria de Asistencia Sanitaria) o de las Garantías Opcionales en un momento posterior, 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 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.

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, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras". El procedimiento de gestión de las quejas y reclamaciones ante dicha instancia se puede consultar en el Reglamento de funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente del Grupo Asisa, en la página web de la Entidad (www.asisa.es).

3. En caso de desacuerdo con la resolución del Servicio de Atención al Cliente, o si no se hubiera obtenidos- puesta 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 de Asistencia Sanitaria se extiende a todo el territorio nacional, salvo lo establecido para la cobertura de Asistencia en Viaje (Anexo IV) y, en su caso, para las Garantías Opcionales de Indemnización

por Fallecimiento por Accidente y de Indemnización por Hospitalización.

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.

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 INTER-

PROVINCIAL 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 de Asistencia Sanitaria 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 Asegu-**

radora 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.

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 produzcan 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 Siniestros 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.consorseguros.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...

sación 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 cerebrovasculares.
5. Cirugía ortopédica compleja.
6. Síndromes y malformaciones congénitas.
7. Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
8. Enfermedades y problemas derivadas de la insuficiencia renal.

El servicio también se podrá solicitar para otras enfermedades distintas de las enumeradas, incluyendo las consideradas enfermedades raras o patologías complejas, **siempre que el 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 Asistencia Sanitaria.

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 5 sesiones telefónicas.

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

En las especialidades indicadas a continuación se incorporan programas que incluyen consulta con el médico especialista, así como las pruebas diagnósticas que se indican, a título de ejemplo, y siempre que el facultativo las considere necesarias **(en todo caso, tanto las consultas como las pruebas de diagnóstico que correspondan según los diferentes programas correrán a cargo de facultativos y centros del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora y serán exigibles los requisitos establecidos en cada caso en cuanto a prescripción médica y autorización por parte 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 ginecólogo perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora indique a la paciente.**

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 perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora.**

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 perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios de la Entidad Aseguradora 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 domicilio habitual en España y domicilio temporal en el extranjero por motivos laborales, tiene acceso a la cobertura de Asistencia en Viaje, con las condiciones y límites que se detallan a continuación para cada caso, en función de la opción elegida de entre las tres existentes (Opción Básica, Opción Ampliada y Opción Integral) en la Solicitud de seguro, que se especifica en las Condiciones Particulares.

A) ASISTENCIA EN VIAJE: OPCIÓN BÁSICA

El asegurado, con domicilio habitual en España y domicilio temporal en el extranjero por motivos laborales, tendrá derecho a la cobertura de Asistencia en Viaje - Opción Básica, cuando dicha opción haya sido elegida en la solicitud de seguro y así se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza, con las condiciones y límites que se establecen a continuación:

ACCIDENTE

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

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

ASEGURADO

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

DOMICILIO HABITUAL

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

DOMICILIO TEMPORAL

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

FAMILIAR

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

ENFERMEDAD GRAVE

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

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

Aquella alteración del estado de salud de un individuo sobrevenida durante el transcurso de un viaje cubierto por el contrato de seguro cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa. **Salvo pacto expreso en contrario, únicamente es objeto de cobertura por el presente contrato la asistencia derivada de enfermedad sobrevenida.**

EQUIPAJE

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

EXTRANJERO

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

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

FAMILIAR DIRECTO CUBIERTO

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

HURTO

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

ROBO

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

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo, **excepto en países sujetos a sanciones internacionales por la Unión Europea, Estados Unidos de América, Reino Unido y/o la ONU.**

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

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

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

CONDICIONES GENERALES:

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

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

PRESTACIONES CUBIERTAS

1.- Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un desplazamiento laboral por el extranjero, la Entidad Aseguradora garantiza durante la vigencia del Contrato, y **hasta un límite de 30.000 euros por Asegurado y por anualidad de seguro**, los gastos enumerados a continuación:

- **Honorarios médicos.**
- **Medicamentos recetados por un médico.**
- **Gastos de hospitalización**
- **Gastos de Ambulancia, prescrita por un médico para un trayecto local.**
- **Taxi o cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA.**

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

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

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

2.- Prolongación de estancia en hotel por Enfermedad Sobrevenida o Accidente

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

3.- Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

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

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

Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden mé-

dico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

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

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

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

4.- Regreso de los Asegurados acompañantes

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

tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA.

5.- Envío de medicamentos al extranjero

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

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

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

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

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

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

Cuando se haya realizado, por parte de ASISA, el desplazamiento de un acompañante en virtud de la prestación anterior, ASISA abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel del acompañante desplazado, previa presentación de las facturas originales

correspondientes, **hasta un límite de 100 euros /día y hasta un máximo de 10 días.**

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

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

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

9.- Regreso por hospitalización de un familiar

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

10.- Acompañamiento de menores o personas dependientes

Si los Asegurados en desplazamiento laboral viajaran con personas dependientes o menores de 14 años, tam-

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

11.- Envío de un chófer por causa médica

A) Si a causa de enfermedad sobrevenida o accidente, el Asegurado queda imposibilitado para conducir su vehículo y ninguno de los pasajeros que, en su caso, le acompañen, le puede reemplazar, ASISA, previa autorización escrita del propietario del vehículo, enviará un conductor cualificado para conducir el vehículo y a los Asegurados a su domicilio habitual en España a través del itinerario más rápido y directo. **El salario y el viaje del conductor serán a cargo de ASISA, siendo por cuenta del Asegurado los gastos de peaje, mantenimiento y carburante del vehículo, así como la propia manutención.**

B) Si el Asegurado prefiere designar un conductor, ASISA se hará cargo del transporte del mismo desde el lugar de domicilio habitual del Asegurado hasta el lugar donde se encuentre el vehículo y abonará además **un importe de 50 euros por día en concepto de bolsa de viaje**, mientras dure el retorno por el itinerario más rápido y directo al domicilio habitual del Asegurado.

ASISA, quedando sometida a las legislaciones en materia de uso y circulación de vehículos de motor de los

países de tránsito, podrá no prestar este servicio si el vehículo no cumple con los requisitos legales previstos en cada caso, o si el mismo presenta anomalías que impidan o desaconsejen su utilización. Si el vehículo tiene más de 5 años el servicio se prestará únicamente en la modalidad B).

12.- Sustitución de personal

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

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

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

14.- Traslado de restos mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento laboral cubierto, ASISA organizará y tomará a su cargo el traslado de los

restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

15.- Acompañamiento restos mortales

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

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

16.- Búsqueda y localización de equipaje

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

17.- Pérdida, daños y robo de equipaje

Si en el transcurso de un desplazamiento laboral el equipaje facturado se pierde definitivamente o sufre un grave deterioro, ya sea por causa imputable a la Empresa transportista o por robo, ASISA garantiza el pago como

indemnización **hasta un límite de 90 euros por objeto y un máximo de 900 euros.**

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

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

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

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

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

18.- Demora del equipaje

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

transportista, la tarjeta de embarque original y justificante de la entrega del equipaje tras la demora por parte de la empresa transportista.

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

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

19.- Demora de viaje

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

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

20.- Pérdida de conexión de vuelos

Cuando se produzca una pérdida en la conexión de los vuelos previstos, durante el desplazamiento laboral del Asegurado, que suponga más de 6 horas de espera, por causas ajenas al Asegurado e imputables a las compañías aéreas, previa presentación del justificante original emitido por la compañía transportista, se reembolsarán los gastos reales y necesarios efectuados en el lugar donde se ha producido la pérdida de conexión, previa

presentación de las facturas originales correspondientes y **hasta un límite de 120 euros.**

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

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

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

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

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

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

23.- Adelanto de Fondos

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

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

24.- Servicio de intérprete en el extranjero

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

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

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

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

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

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

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

Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración

de anticipo rigiendo las mismas condiciones que en la prestación “Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero”.

27.- Asesoramiento y Gestión en sucesiones

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

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

- Declaración de herederos abintestato.
 - Apertura del testamento.
 - Determinación del caudal hereditario.
 - Adjudicación y partición de la herencia.
- j. Liquidación del Impuesto sobre el Incremento de valor de los terrenos de naturaleza urbana (plusvalía mortis causa).
- k. Liquidación del impuesto de sucesiones.
- l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

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

Se excluyen los procesos testamentarios en los que se produzca un conflicto de intereses entre los beneficiarios, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de defensor judicial, o declaración de herederos colaterales. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los beneficiarios del procedimiento sucesorio.

Este servicio se prestará de 9 a 18 h de lunes a viernes (excepto festivos).

Los costes incluidos dentro del servicio son:

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

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

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

28.- Gastos de terapia psicológica por secuelas de secuestro

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

29.- Seguro de Responsabilidad Civil privada

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

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

30.- Seguro de Accidentes

ASISA garantiza la indemnización **hasta 30.000 euros, por muerte o invalidez permanente absoluta del Ase-**

gurado, con motivo de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

Asegurado:

A los efectos de la presente prestación, es la persona física sobre cuya vida o integridad corporal se establece el seguro, **El contrato queda resuelto, en todo caso, al finalizar el período del seguro en el que el Asegurado cumple los setenta (70) años de edad.**

Objeto del seguro – Riesgos cubiertos

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

Accidentes de Aviación

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

Esta cobertura se garantiza en los siguientes medios de transportes:

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

Se excluyen:

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

Prestación de fallecimiento

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

Prestación por Invalidez Permanente

1. Se entiende por Invalidez Permanente la irreversible si-

tuación física o mental del Asegurado a consecuencia de un accidente, determinante en forma absoluta o parcial de su ineptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

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

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

- Parálisis completa 100%
- Enajenación mental incurable 100%
- Ceguera absoluta 100%
- Pérdida total o inutilización absoluta de:
 - Ambos brazos, manos, piernas o pies; de un brazo y una pierna o un pie; o de una mano y un pie 100%
 - El brazo o la mano 60% (dcho.) y 50% (izdo.)
 - El dedo pulgar 20% (dcho.) y 16% (izdo.)
 - El dedo índice 16% (dcho.) y 13% (izdo.)
 - Uno de los demás dedos de la mano 8% (dcho.) y 7% (izdo.)
 - El movimiento del hombro 25% (dcho.) y 20% (izdo.)
 - El movimiento del codo 20% (dcho.) y 15% (izdo.)
 - El movimiento de la muñeca 20% (dcho.) y 15% (izdo.)
 - La pierna por encima de la rodilla 50%
 - La pierna a la altura o por debajo de la rodilla, o del pie completo 40%
 - El dedo gordo del pie 10%
 - Uno de los demás dedos del pie 5%
 - El movimiento de la cadera o de la rodilla 20%

• El movimiento del tobillo	20%
• El movimiento de la articulación subastragalina	10%
• Movimientos de la columna cervical, dorsal o lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
• El ojo o reducción no inferior a la mitad de la visión binocular	30%
• Si la visión del otro ojo ya estaba perdida antes del accidente	50%
- Acortamiento, no inferior a cinco centímetros, de la pierna	15%
- Fractura no consolidada de la pierna o del pie	25%
- Fractura no consolidada de la rótula	20%
- Ablación completa de la mandíbula inferior o pérdida total del maxilar inferior	25%
- Sordera completa de los dos oídos	40%
- Sordera completa de un oído	10%
- Si existía sordera completa del otro oído antes del accidente	20%

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

3. En los casos de invalidez no previstos anteriormente, el importe de la Prestación se determinará por analogía con el baremo de la póliza, proporcionalmente a su gravedad.
4. La pérdida funcional de un miembro u órgano se en-

tiende equivalente a su pérdida anatómica. Si la pérdida anatómica o funcional es sólo parcial, el grado de invalidez a considerar se reduce proporcionalmente.

5. La invalidez permanente es valorada excluyendo los defectos o lesiones del Asegurado anteriores al accidente, considerando, sus causas, como padecidas por una persona de integridad física normal.
6. La suma de las Prestaciones por varios tipos de invalidez permanente no puede superar el importe total de la Prestación establecida por la garantía de Invalidez Permanente. Asimismo, la suma de varios tipos de invalidez de un mismo miembro u órgano no puede superar el importe de la Prestación establecida para su pérdida total.
7. El importe de las Prestaciones satisfechas por Invalidez Permanente a consecuencia del mismo accidente, se deduce de las Prestaciones a satisfacer por fallecimiento.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES

Si no se establece pacto expreso en contrario **están excluidos de la cobertura de Accidentes los siguientes supuestos:**

- 1. Los accidentes o lesiones que se derivan de:**
 - **Acontecimientos, enfermedades o padecimientos anteriores a la toma de efecto del seguro.**
 - **Actos del Asegurado para la provocación intencionada del accidente.**
 - **Imprudencia temeraria, negligencia grave y participación del Asegurado en apuestas, desafíos, riñas o**

actos delictivos, excepto las actuaciones en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

- Embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura que no se derivan de un accidente cubierto por el seguro.
- Fallo cardíaco, epilepsia, síncope, aneurismas, varices hernias y sus consecuencias.
- Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no están motivados por un accidente cubierto por el seguro.
- Reacción o radiación nuclear y contaminación radiactiva, excepto las consecuencias de tratamientos aplicados al Asegurado por un accidente cubierto por el seguro.
- Hechos de carácter político o social y fenómenos sísmicos o meteorológicos, de carácter extraordinario.
- Utilización de motocicletas de cilindrada superior a 75 c.c.
- La práctica de cualquier deporte como profesional, así como, en todo caso, del ejercicio de: Deportes acuáticos a más de tres kilómetros de la orilla o costa y submarinismo; actividades aéreas y paracaidismo; automovilismo y motorismo; escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología; equitación y polo; boxeo, lucha y artes marciales; patinaje y hockey sobre hielo, y esquí; caza mayor fuera de España; torero y encierro de reses bravas; así como otros deportes cuyo riesgo puede considerarse similar a los citados.

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

2. Las personas que en la toma de efecto del seguro han alcanzado la edad de sesenta y cinco años.

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

31.- Servicio de Información

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

32.- Gastos de comunicación

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

EXCLUSIONES GENERALES PARA ASISTENCIA EN VIAJE

Las prestaciones de la presente cobertura de Asistencia en Viaje cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado por ASISA, hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a éste.

Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a ASISA y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso quedan excluidos de las prestaciones aseguradas (salvo que expresamente se incluya la cobertura) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

- 1. Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del desplazamiento laboral que se manifiesten en el transcurso del mismo, salvo la primera asistencia de urgencia o hasta la estabilización del asegurado, o salvo que la enfermedad, lesión o afección hubiera sido tratada con anterioridad (durante la misma anualidad de la póliza) por ASISA.**
- 2. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por ASISA y acordado por su servicio médico.**
- 3. Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo, chequeos, curas termales, cirugía estética, y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas**

(homeópatas, naturistas, acupuntura, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores, así como aquellos afines a estos.

Asimismo, queda excluido el 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.

4. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
5. Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.
6. La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:
 - a. 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.
 - b. Deportes aéreos en general.
 - c. Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos ASISA sólo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.
7. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
8. Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.

9. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.
10. Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.
11. 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.
12. Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.
13. Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos o tiendas de campaña, así como cualquier tipo de equipaje que no haya sido facturado.
14. Overbooking.

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

1. El traslado sanitario de enfermos o heridos origina-

do por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas “in situ”.

2. Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.
3. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 30 euros.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

Las prestaciones definidas anteriormente deberán efectuarse bajo petición expresa del asegurado a través del Asegurador teléfono nº 34 91 514 36 11, fax nº 91 514 99 50, telegrama, verbalmente o por correo.

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

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

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

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

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

SUBROGACIÓN

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

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

RESPONSABILIDAD

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

LÍMITES GARANTIZADOS

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

B) ASISTENCIA EN VIAJE - OPCIÓN AMPLIADA

El asegurado, con domicilio habitual en España y domicilio temporal en el extranjero por motivos laborales, tendrá derecho a la cobertura de Asistencia en Viaje - Opción Ampliada, cuando dicha opción haya sido elegida en la solicitud de seguro y así se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza, con las condiciones y límites que se establecen a continuación:

ACCIDENTE

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

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

ASEGURADO

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

DOMICILIO HABITUAL

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

DOMICILIO TEMPORAL

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

FAMILIAR

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

ENFERMEDAD GRAVE

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

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

Aquella alteración del estado de salud de un individuo sobrevenida durante el transcurso de un viaje cubierto por el contrato de seguro cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa. **Salvo pacto expreso en contrario, únicamente es objeto de cobertura por el presente contrato la asistencia derivada de enfermedad sobrevenida.**

EQUIPAJE

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

EXTRANJERO

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

Se considerará también al país de nacionalidad y/o pasaporte como extranjero, siempre exceptuándose España, únicamente cuando el Asegurado tenga Domicilio

Habitual en España y se encuentre realizando por aquel país un desplazamiento laboral.

FAMILIAR DIRECTO CUBIERTO

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

HURTO

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

ROBO

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

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo, **excepto en países sujetos a sanciones internacionales por la Unión Europea, Estados Unidos de América, Reino Unido y/o la ONU.**

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

Se considerará también al país de nacionalidad y/o pasaporte como extranjero, siempre exceptuándose España, únicamente cuando el Asegurado tenga Do-

micilio Habitual en España y se encuentre realizando por aquel país un desplazamiento laboral.

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

CONDICIONES GENERALES:

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

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

PRESTACIONES CUBIERTAS

1.- Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un desplazamiento laboral por el extranjero, la Entidad Aseguradora garantiza durante la vigencia del Contrato, y **hasta un límite de 60.000 euros por Asegurado y por anualidad de seguro**, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico.
- Gastos de hospitalización
- Gastos de Ambulancia, prescrita por un médico para un trayecto local.
- Taxi o cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA.

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

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

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

2.- Prolongación de estancia en hotel por Enfermedad Sobrevenida o Accidente

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

3.- Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

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

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

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

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

Cuando el Asegurado trasladado o repatriado por causa de enfermedad o accidente sea menor de 18 años, se

trasladará o repatriará con cargo a la aseguradora a un acompañante del Asegurado.

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

4.- Regreso de los Asegurados acompañantes

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

5.- Envío de medicamentos al extranjero

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

El Asegurado tendrá que reembolsar a ASISA, a la presentación de la factura, el precio del medicamento. Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España y aquellos para los que exista un medicamento con el mismo principio activo en el país donde se encuentra el Asegurado.

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

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

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

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

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

En caso de defunción en España de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado, ASISA, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del Asegurado, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular, clase turis-

ta, o en tren, primera clase o en cualquier otro medio de transporte adecuado a criterio de ASISA, para asistir al sepelio, o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante también asegurado y hasta el lugar de inhumación del familiar fallecido en España.

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

9.- Regreso por hospitalización de un familiar

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

10.- Acompañamiento de menores o personas dependientes

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

nas dependientes en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

11.- Envío de un chófer por causa médica

A) Si a causa de enfermedad sobrevenida o accidente, el Asegurado queda imposibilitado para conducir su vehículo y ninguno de los pasajeros que, en su caso, le acompañen, le puede reemplazar, ASISA, previa autorización escrita del propietario del vehículo, enviará un conductor cualificado para conducir el vehículo y a los Asegurados a su domicilio habitual en España a través del itinerario más rápido y directo. **El salario y el viaje del conductor serán a cargo de ASISA, siendo por cuenta del Asegurado los gastos de peaje, mantenimiento y carburante del vehículo, así como la propia manutención.**

B) Si el Asegurado prefiere designar un conductor, ASISA se hará cargo del transporte del mismo desde el lugar de domicilio habitual del Asegurado hasta el lugar donde se encuentre el vehículo y abonará además **un importe de 50 euros por día en concepto de bolsa de viaje**, mientras dure el retorno por el itinerario más rápido y directo al domicilio habitual del Asegurado.

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

12.- Sustitución de personal

En caso de repatriación sanitaria o por fallecimiento de

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

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

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

14.- Traslado de restos mortales

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

15.- Acompañamiento restos mortales

De no haber quién acompañe en su traslado los restos

mortales del Asegurado, fallecido en un desplazamiento laboral cubierto, ASISA facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase) o avión clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

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

16.- Búsqueda y localización de equipaje

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

17.- Pérdida, daños y robo de equipaje

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

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

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

En caso de robo, será indispensable la presentación de

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

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

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

18.- Demora del equipaje

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

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

No habrá lugar a esta garantía, si la demora o las compras de artículos de uso personal necesarios se pro-

ducen en la provincia en la que el Asegurado tiene su domicilio habitual.

19.- Demora de viaje

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

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

20.- Pérdida de conexión de vuelos

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

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

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

ASISA organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del

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

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

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

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

23.- Adelanto de Fondos

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

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

24.- Servicio de intérprete en el extranjero

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

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

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

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

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

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

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

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

27.- Asesoramiento y Gestión en sucesiones

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

- a. Asesoramiento jurídico al Asegurado sobre el otorgamiento de testamento.

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

k. Liquidación del impuesto de sucesiones.

l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

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

Se excluyen los procesos testamentarios en los que se produzca un conflicto de intereses entre los beneficiarios, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de defensor judicial, o declaración de herederos colaterales. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los beneficiarios del procedimiento sucesorio.

Este servicio se prestará de 9 a 18 h de lunes a viernes (excepto festivos).

Los costes incluidos dentro del servicio son:

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

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

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

28.- Gastos de terapia psicológica por secuelas de secuestro

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

29.- Seguro de Responsabilidad Civil privada

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

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

30.- Seguro de Accidentes

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

Asegurado:

A los efectos de la presente prestación, es la persona física sobre cuya vida o integridad corporal se establece el seguro, **El contrato queda resuelto, en todo caso, al finalizar el período del seguro en el que el Asegurado cumple los setenta (70) años de edad.**

Objeto del seguro – Riesgos cubiertos

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

Accidentes de Aviación

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

Esta cobertura se garantiza en los siguientes medios de transportes:

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

can al Estado Español y organismo oficial y que igualmente tengan más de un motor.

Se excluyen:

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

Prestación de fallecimiento

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

Prestación por Invalidez Permanente

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

La determinación de la Invalidez Permanente es inde-

pendiente de la profesión o actividad previa del Asegurado.

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

- | | |
|--|---------------------------|
| - Parálisis completa | 100% |
| - Enajenación mental incurable | 100% |
| - Ceguera absoluta | 100% |
| - Pérdida total o inutilización absoluta de: | |
| • Ambos brazos, manos, piernas o pies; de un brazo y una pierna o un pie; o de una mano y un pie | 100% |
| • El brazo o la mano | 60% (dcho.) y 50% (izdo.) |
| • El dedo pulgar | 20% (dcho.) y 16% (izdo.) |
| • El dedo índice | 16% (dcho.) y 13% (izdo.) |
| • Uno de los demás dedos de la mano | 8% (dcho.) y 7% (izdo.) |
| • El movimiento del hombro | 25% (dcho.) y 20% (izdo.) |
| • El movimiento del codo | 20% (dcho.) y 15% (izdo.) |
| • El movimiento de la muñeca | 20% (dcho.) y 15% (izdo.) |
| • La pierna por encima de la rodilla | 50% |
| • La pierna a la altura o por debajo de la rodilla, o del pie completo | 40% |
| • El dedo gordo del pie | 10% |
| • Uno de los demás dedos del pie | 5% |
| • El movimiento de la cadera o de la rodilla | 20% |
| • El movimiento del tobillo | 20% |
| • El movimiento de la articulación subastragalina | 10% |

• Movimientos de la columna cervical, dorsal o lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%
• El ojo o reducción no inferior a la mitad de la visión binocular	30%
• Si la visión del otro ojo ya estaba perdida antes del accidente	50%
- Acortamiento, no inferior a cinco centímetros, de la pierna	15%
- Fractura no consolidada de la pierna o del pie	25%
- Fractura no consolidada de la rótula	20%
- Ablación completa de la mandíbula inferior o pérdida total del maxilar inferior	25%
- Sordera completa de los dos oídos	40%
- Sordera completa de un oído	10%
- Si existía sordera completa del otro oído antes del accidente	20%

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

3. En los casos de invalidez no previstos anteriormente, el importe de la Prestación se determinará por analogía con el baremo de la póliza, proporcionalmente a su gravedad.
4. La pérdida funcional de un miembro u órgano se entiende equivalente a su pérdida anatómica. Si la pérdida anatómica o funcional es sólo parcial, el grado de invalidez a considerar se reduce proporcionalmente.

5. La invalidez permanente es valorada excluyendo los defectos o lesiones del Asegurado anteriores al accidente, considerando, sus causas, como padecidas por una persona de integridad física normal.
6. La suma de las Prestaciones por varios tipos de invalidez permanente no puede superar el importe total de la Prestación establecida por la garantía de Invalidez Permanente. Asimismo, la suma de varios tipos de invalidez de un mismo miembro u órgano no puede superar el importe de la Prestación establecida para su pérdida total.
7. El importe de las Prestaciones satisfechas por Invalidez Permanente a consecuencia del mismo accidente, se deduce de las Prestaciones a satisfacer por fallecimiento.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES

Si no se establece pacto expreso en contrario **están excluidos de la cobertura de Accidentes los siguientes supuestos:**

- 1. Los accidentes o lesiones que se derivan de:**
 - **Acontecimientos, enfermedades o padecimientos anteriores a la toma de efecto del seguro.**
 - **Actos del Asegurado para la provocación intencionada del accidente.**
 - **Imprudencia temeraria, negligencia grave y participación del Asegurado en apuestas, desafíos, riñas o actos delictivos, excepto las actuaciones en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**

- **Embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**
- **Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura que no se derivan de un accidente cubierto por el seguro.**
- **Fallo cardíaco, epilepsia, síncope, aneurismas, varices hernias y sus consecuencias.**
- **Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no están motivados por un accidente cubierto por el seguro.**
- **Reacción o radiación nuclear y contaminación radiactiva, excepto las consecuencias de tratamientos aplicados al Asegurado por un accidente cubierto por el seguro.**
- **Hechos de carácter político o social y fenómenos sísmicos o meteorológicos, de carácter extraordinario.**
- **Utilización de motocicletas de cilindrada superior a 75 c.c.**
- **La práctica de cualquier deporte como profesional, así como, en todo caso, del ejercicio de: Deportes acuáticos a más de tres kilómetros de la orilla o costa y submarinismo; actividades aéreas y paracaidismo; automovilismo y motorismo; escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología; equitación y polo; boxeo, lucha y artes marciales; patinaje y hockey sobre hielo, y esquí; caza mayor fuera de España; toreo y encierro de reses bravas; así como otros deportes cuyo riesgo puede considerarse similar a los citados.**

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

2. Las personas que en la toma de efecto del seguro han alcanzado la edad de sesenta y cinco años.

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

31.- Servicio de Información

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

32.- Gastos de comunicación

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

EXCLUSIONES GENERALES PARA ASISTENCIA EN VIAJE

Las prestaciones de la presente cobertura de Asistencia en Viaje cesarán en el momento que el Asegurado

regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado por ASISA, hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a éste.

Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a ASISA y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso quedan excluidos de las prestaciones aseguradas (salvo que expresamente se incluya la cobertura) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

- 1. Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del desplazamiento laboral que se manifiesten en el transcurso del mismo, salvo la primera asistencia de urgencia o hasta la estabilización del asegurado, o salvo que la enfermedad, lesión o afección hubiera sido tratada con anterioridad (durante la misma anualidad de la póliza) por ASISA.**
- 2. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por ASISA y acordado por su servicio médico.**
- 3. Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo, chequeos, curas termales, cirugía estética, y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, acupuntura, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores, así como aquellos afines a estos.**

Asimismo, queda excluido el 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.

4. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
5. Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.
6. La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:
 - a. 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.
 - b. Deportes aéreos en general.
 - c. Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos ASISA sólo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.
7. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
8. Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.
9. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.

10. Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.
11. 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.
12. Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.
13. Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos o tiendas de campaña, así como cualquier tipo de equipaje que no haya sido facturado.
14. Overbooking.

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 y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o repa-

ración de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.

3. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 30 euros.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

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

SUBROGACIÓN

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

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

RESPONSABILIDAD

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

LÍMITES GARANTIZADOS

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

C) ASISTENCIA EN VIAJE - OPCIÓN INTEGRAL

El asegurado, con domicilio habitual en España y domicilio temporal en el extranjero por motivos laborales, tendrá derecho a la cobertura de Asistencia en Viaje - Opción Integral, cuando dicha opción haya sido elegida en la solicitud de seguro y así se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza, con las condiciones y límites que se establecen a continuación:

ACCIDENTE

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

ASEGURADO

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

DOMICILIO HABITUAL

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

DOMICILIO TEMPORAL

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

FAMILIAR

Cónyuge o pareja de hecho debidamente inscrito en el correspondiente Registro Oficial, padres, suegros, hijos,

abuelos, hermanos, nietos, yernos, nueras y cuñados del Asegurado.

ENFERMEDAD GRAVE

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

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

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

EQUIPAJE

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

EXTRANJERO

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

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

FAMILIAR DIRECTO CUBIERTO

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

HURTO

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

ROBO

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

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo, **excepto en países sujetos a sanciones internacionales por la Unión Europea, Estados Unidos de América, Reino Unido y/o la ONU.**

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

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

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

CONDICIONES GENERALES:

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

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

PRESTACIONES CUBIERTAS

1.- ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

1.1.- Gastos médicos en el extranjero.

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un desplazamiento laboral por el extranjero, ASISA garantiza durante la vigencia del Contrato **y hasta un límite de 60.000 euros por período contratado y a cada Asegurado**, los gastos enumerados a continuación:

Honorarios médicos.

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

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

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

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

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

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

2.- ASISTENCIA EN VIAJE INTEGRAL

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

Quedan cubiertas las enfermedades anteriores al desplazamiento al extranjero por motivos laborales, **excepto lo previsto en el apartado 1.- de las EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA EN VIAJE.**

2.1.- Asistencia hospitalaria.

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

a) Estancia hospitalaria: Uso de habitación de Asegu-

rado y acompañante, y de manutención del Asegurado, **hasta el límite cuantitativo diario fijado en el cuadro incluido en el presente contrato.**

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

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

d) Otros gastos hospitalarios: Generados por la asistencia sanitaria durante la hospitalización, tales como: derechos de quirófano, medicamentos y materiales, curas, rehabilitación y otros servicios sanitarios durante la estancia en un hospital.

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

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

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

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

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

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

2.2.- Asistencia extrahospitalaria.

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

a) Consultas de:

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

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

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

c) Tratamientos especiales, comprendiendo:

- * Tratamientos de rehabilitación funcional **con el límite de 60 sesiones por siniestro y por todos los siniestros ocurridos en una misma anualidad de seguro.**
- * Intervenciones quirúrgicas ambulatorias, **con los lí-**

mites por honorarios médicos fijados en el cuadro incluido en el presente contrato.

- * Quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia y litotricia.
- * Podología. **Limitado a seis sesiones por anualidad de seguro, salvo patología del pie.**

d) Medicina preventiva:

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

- Citología (Papanicolau).
- **A partir de los 40 años**, por prescripción del médico examinador, se realizará una mamografía bilateral.

2.3.- Maternidad y tratamiento del recién nacido.

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

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

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

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

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

CAPITAL TOTAL GARANTIZADO – ASISTENCIA EN VIAJE INTEGRAL:

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

CAPITAL TOTAL GARANTIZADO	60.000 €
ASISTENCIA HOSPITALARIA	LIMITES
Estancia Hospitalaria por día	400,00 €
Estancia en UVI	Sin sublímite
Honorarios Médico-Quirúrgicos:	
Grupo 1: Cirugía menor	Sin sublímite
Grupo 2: Cirugía media	Sin sublímite
Grupo 3: Cirugía mayor	Sin sublímite
Grupo 4: Gran cirugía	Sin sublímite
Grupo 5: Procesos graves especiales	Sin sublímite
Honorarios médicos por consulta:	200,00 €
Prótesis	4.000,00 €
Hospitalización Psiquiátrica	3.600,00 €
Otros Gastos Hospitalarios	Sin sublímite
Hospitalización sin cargo a la póliza	90,00 €
Ambulancia	600,00 €
ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA	LIMITES
Consultas Médicas	Sin sublímite
Asistencia Primaria	Sin sublímite

Especialista	Sin sublímite
Pruebas Diagnósticas	Sin sublímite
Tratamientos Especiales	Sin sublímite
Medicina Preventiva	200,00 €
EMBARAZO Y TRATAMIENTO RECIEN NACIDO	LIMITES
Embarazo y Parto	8.000,00 €
Embarazo y Cesárea	10.000,00 €
Tratamiento del recién nacido	10.000,00 €

2.4.- Atención psicológica

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

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

3.- GARANTIAS MÉDICAS DE ASISTENCIA MÉDICA Y REPATRIACIÓN

3.1.- Prolongación de estancia en hotel por Enfermedad Sobvenida o Accidente Cuando la naturaleza de la enfermedad sobrevenida o accidente no hiciera ne-

cesario el ingreso del Asegurado en clínica o centro hospitalario, ASISA abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, **hasta un límite de 100 euros / día, durante un máximo de 10 días.**

3.2.- Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

En avión sanitario especial.

En helicóptero sanitario.

En avión de línea regular.

En coche-cama primera clase.

En ambulancia.

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

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

Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico de ASISA, se suspenderán automática-

mente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.

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

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

3.3.- Regreso de los Asegurados acompañantes

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

3.4.- Envío de medicamentos al extranjero

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento cuyo principio activo no pueda adquirirse en el lugar

donde se encuentre, ASISA se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local.

El Asegurado tendrá que reembolsar a ASISA, a la presentación de la factura, el precio del medicamento. Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España y aquellos para los que exista un medicamento con el mismo principio activo en el país donde se encuentra el Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.9.- Regreso por hospitalización de un familiar

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

regrese junto a un acompañante también asegurado y hasta el lugar de hospitalización.

3.10.- Traslado de restos mortales

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

3.11.- Acompañamiento restos mortales

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

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

3.12.- Sustitución de personal

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

3.13.- Gastos de terapia psicológica por secuelas de secuestro

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

3.14.- Acompañamiento de menores o personas dependientes

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

3.15.- Envío de un chófer por causa médica

- a) **Si a causa de enfermedad sobrevenida o accidente el Asegurado queda imposibilitado para conducir su vehículo y ninguno de los pasajeros que, en su caso, le acompañen, le puede reemplazar, ASISA, previa autorización escrita del propietario del vehículo,** enviará un conductor cualificado para conducir el vehículo y a los Asegurados a su domicilio habitual en España a través del itinerario más rápido y directo. **El salario y el viaje del conductor serán a cargo de ASISA, siendo por cuenta del Asegurado los gastos**

de peaje, mantenimiento y carburante del vehículo, así como la propia manutención.

- b) Si el Asegurado prefiere designar un conductor, ASISA se hará cargo del transporte del mismo desde el lugar de domicilio habitual del Asegurado hasta el lugar donde se encuentre el vehículo y abonará además **un importe de 50 euros por día en concepto de bolsa de viaje**, mientras dure el retorno por el itinerario más rápido y directo al domicilio habitual del Asegurado.

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

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

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

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

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

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

3.18.- Adelanto de Fondos

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

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

3.19.- Servicio de intérprete en el extranjero

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

3.20.- Servicio de Información

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

3.21.- Gastos de comunicación

Reembolso de gastos, hasta un límite de 100 euros, en concepto de llamadas telefónicas, faxes o trámites similares derivados de la comunicación o tramitación de

siniestros. Para hacer efectivo dicho reembolso, el asegurado deberá remitir las facturas originales o copia de las mismas, así como el justificante de pago, debiendo constar el detalle de los gastos en dichos documentos.

4.- GARANTIAS DE EQUIPAJES

4.1.- Búsqueda y localización de equipaje

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

4.2.- Demora del equipaje

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

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

No habrá lugar a esta garantía, si la demora o las com-

pras de artículos de uso personal necesarios se producen en la provincia en la que el Asegurado tiene su domicilio habitual.

4.3.- Pérdida, daños y robo de equipaje

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

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

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

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

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

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

5.- GARANTIAS DE DEMORA EN VIAJE

5.1.- Demora de viaje

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

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

5.2.- Pérdida de conexión de vuelos

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

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

6.- GARANTIAS DE ASISTENCIA LEGAL

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

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido en el extranjero, ASISA le concederá **un anticipo equivalente**

al importe de la fianza penal exigida por las autoridades correspondientes, hasta un límite de 12.100 euros.

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

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

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

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

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

6.3.- Asesoramiento y Gestión en sucesiones

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

- a. Asesoramiento jurídico al Asegurado sobre el otorgamiento de testamento.
- b. Diseño, redacción, elaboración y, en su caso, intervención en el acto de la firma notarial.
- c. Atención personalizada al Asegurado y a los herederos/beneficiarios del Asegurado.
- d. Servicio permanente de asistencia jurídica telefónica en materia sucesoria.

- e. Obtención de todos los certificados necesarios:
- Defunción.
 - Nacimiento.
 - Matrimonio o convivencia.
 - Fe de vida.
 - Registro de actos de últimas voluntades.
- f. Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:
- Baja.
 - Auxilio por defunción.
 - Altas del cónyuge.
 - Altas de otros beneficiarios.
- g. Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.
- h. Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
- i. Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:
- Copia del último testamento.
 - Declaración de herederos abintestato.
 - Apertura del testamento.
 - Determinación del caudal hereditario.
 - Adjudicación y partición de la herencia.
- j. Liquidación del Impuesto sobre el Incremento de valor de los terrenos de naturaleza urbana (plusvalía mortis causa).
- k. Liquidación del impuesto de sucesiones.
- l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

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

Se excluyen los procesos testamentarios en los que se produzca un conflicto de intereses entre los beneficiarios, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de defensor judicial, o declaración de herederos colaterales. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los beneficiarios del procedimiento sucesorio.

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

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

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

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

6.4.- Seguro de Responsabilidad Civil privada

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

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

7.- GARANTIAS DE SEGURO DE ACCIDENTES

7.1. Seguro de accidentes

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

Asegurado

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

El contrato queda resuelto, en todo caso, al finalizar el período del seguro en el que el Asegurado cumple los setenta (70) años de edad.

Objeto del seguro – Riesgos cubiertos

1. Se garantiza el pago de las Prestaciones aseguradas que se establecen al producirse el acaecimiento de los riesgos previstos como consecuencia de un accidente:
 - Fallecimiento.
 - Invalidez Permanente.
2. La cobertura de los riesgos de esta póliza tiene lugar en todo el mundo.

3. Los siniestros de carácter extraordinario se indemnizan por el Consorcio de Compensación de Seguros de conformidad con lo establecido en la Ley.

Accidentes de Aviación

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

Esta cobertura se garantiza en los siguientes medios de transportes:

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

Se excluyen:

- **Los profesionales de aviación y/o toda persona cuando realice alguna misión a bordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc.) y en las aeronaves de Estado los militares en acto de servicio en las mismas.**
- **Personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.**

- **Personas transportadas en helicópteros y avionetas para fumigación, lucha contra incendios, servicios de salvamento aun cuando pertenezcan al Estado Español u organismos oficiales.**

Garantía de fallecimiento

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

Garantía de Invalidez Permanente

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

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

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

- | | |
|--|------|
| - Parálisis completa | 100% |
| - Enajenación mental incurable | 100% |
| - Ceguera absoluta | 100% |
| - Pérdida total o inutilización absoluta de: | |

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

- Fractura no consolidada de la rótula	20%
- Ablación completa de la mandíbula inferior o pérdida total del maxilar inferior	25%
- Sordera completa de los dos oídos	40%
- Sordera completa de un oído	10%
- Si existía sordera completa del otro oído antes del accidente	20%

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

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

dez Permanente a consecuencia del mismo accidente, se deduce de las Prestaciones a satisfacer por fallecimiento.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE ACCIDENTES

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

1. Los accidentes o lesiones que se derivan de:

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

aplicados al Asegurado por un accidente cubierto por el seguro.

- Hechos de carácter político o social y fenómenos sísmicos o meteorológicos, de carácter extraordinario.**
- Utilización de motocicletas de cilindrada superior a 75 c.c.**
- La práctica de cualquier deporte como profesional, así como, en todo caso, del ejercicio de: Deportes acuáticos a más de tres kilómetros de la orilla o costa y submarinismo; actividades aéreas y paracaidismo; automovilismo y motorismo; escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología; equitación y polo; boxeo, lucha y artes marciales; patinaje y hockey sobre hielo, y esquí; caza mayor fuera de España; toreo y encierro de reses bravas; así como otros deportes cuyo riesgo puede considerarse similar a los citados.**

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

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

EXCLUSIONES GENERALES PARA ASISTENCIA EN VIAJE

Las prestaciones de la presente cobertura de Asistencia en Viaje cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado por ASISA, hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a éste.

Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a ASISA y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso quedan excluidos de las prestaciones aseguradas (salvo que expresamente se incluya la cobertura) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

- 1. Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del desplazamiento laboral que se manifiesten en el transcurso del mismo, salvo la primera asistencia de urgencia o hasta la estabilización del asegurado, o salvo que la enfermedad, lesión o afección hubiera sido tratada con anterioridad (durante la misma anualidad de la póliza) por ASISA.**
- 2. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por ASISA y acordado por su servicio médico.**
- 3. Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo, chequeos, curas termales, cirugía estética, y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas**

(homeópatas, naturistas, acupuntura, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores, así como aquellos afines a estos.

Asimismo, queda excluido el 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.

4. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
5. Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.
6. La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:
 - a. 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.
 - b. Deportes aéreos en general.
 - c. Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos ASISA sólo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.
7. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
8. Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.

9. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.
10. Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.
11. 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.
12. Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.
13. Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos o tiendas de campaña, así como cualquier tipo de equipaje que no haya sido facturado.
14. Overbooking.

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

1. El traslado sanitario de enfermos o heridos origina-

do por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas “in situ”.

2. Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.
3. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 30 euros.

TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

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

SUBROGACIÓN

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

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

RESPONSABILIDAD

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

LÍMITES GARANTIZADOS

Las cuantías económicas que figuran como límite en

cada una de las prestaciones aseguradas en la cobertura de Asistencia en Viaje, se entienden como importes máximos acumulables durante la anualidad del seguro.

ANEXO V

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

En caso de que el Asegurado sufra un daño en la Cavi-
dad Bucodental con ocasión de un Accidente Bucoden-
tal ocurrido con posterioridad a la Fecha de Inicio de vi-
gencia 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
euros (1.500 €) 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 profesio-
nales/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 se-
guro y que tengan origen en Accidentes Bucodentales
ocurridos igualmente durante la vigencia de la Garan-
tía Opcional de Seguro Dental.**

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE BUCODEN- TAL:

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 accidente 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 1.500 € por tratamiento y anualidad del 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.

ASISA INTERNACIONAL - NORMAS DE CONTRATACIÓN

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

GARANTÍA OPCIONAL SEGURO DENTAL: CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS 2025

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	85
T.C. dos arcadas	120
C. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Tartrectomía	0
Tartrectomía con flúor	0
D. ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Obturaciones	
Provisional	0
Estética	45
Gran Reconstrucción	59
Reconstrucción coronaria con poste*	94

SERVICIOS	EUROS
E. ENDODONCIA	
Endodoncia unirradicular *	120
Endodoncia birradicular *	135
Endodoncia multirradicular *	155
Apicoformación por sesión	0
Apicectomías *	0
Reendodoncia (desde)	145
Apertura de drenaje de la cámara pulpar (no se incluye el coste de la obturación)	25
F. ODONTOPEDIATRÍA	
Fluorizaciones	0
Selladores oclusales	0
Pulpotomías en dientes temporales	60
Corona metálica preformada	65
Mantenedores de espacio fijo	70
Mantenedores de espacio móvil	55
Reimplantación por piezas	0
Obturación en dientes temporales (composite)	37
Revisión mantenedor de espacio	20
G. PERIODONCIA	
Tratamientos no quirúrgicos	
Ferulización de dientes (por pieza)	35
Ferulización de dientes (por sextante)	150
Mantenimiento periodontal (por cuadrante)	22
Periodontograma	0
Curetaje por cuadrante (raspado y alisado radicular) *	39

SERVICIOS	EUROS
Tratamientos quirúrgicos	
Gingivectomía parcial (por cuadrante) *	35
Cirugía periodontal a colgajo (por cuadrante) *	175
Alargamiento coronario por cuadrante	160
Injerto mucogingival *	200
Colocación de bio-materiales (1 g)	225
Regeneración con membrana	225
Tratamiento de periimplantitis *	70
H. PRÓTESIS	
Fija	
Corona CAD-CAM	330
Corona CAD-CAM INMEDIATA	380
Removable o esquelético	
Removable acrílico	
Removable acrílico (De 1 a 3 piezas)	250
Removable acrílico (De 4 a 6 piezas)	345
Removable acrílico (más de 6 piezas)	420
Removable flexible	
Removable flexible (De 1 a 3 piezas)	500
Removable flexible (De 4 a 6 piezas)	595
Removable flexible (más de 6 piezas)	690
Completas	
Superior o inferior	480
Composturas	
Compostura	50
I. CIRUGÍA	
Extracción dentaria simple (por pieza)	0

SERVICIOS	EUROS
Extracción dentaria quirúrgica (por pieza)	55
Torus maxilares	0
Quistectomía, quistes maxilares *	0
Frenectomía	0
Fenestración	50
Epulis	0
J. IMPLANTOLOGÍA	
Fase quirúrgica	
Estudio de implantología (incluye modelos y fotos)	0
Implante	640
Mantenimiento de implantología	50
Elevación de seno *	450
Colocación de bio-materiales (1 g)	225
Regeneración con membrana	225
Fase protésica	
Aditamento protésico por implante	335
Provisional sobre implante	220
Corona CAD-CAM INMEDIATA	415
Corona CAD-CAM	385
K. ATM	
Revisión	30
Diagnóstico y colocación de férula de neuromiorelajación	315
Tallado selectivo. Análisis oclusal.	40

SERVICIOS**EUROS****L. ORTODONCIA**

	Hasta 12 meses	Hasta 24 meses	Más de 24 meses
Tratamiento ortodoncia brackets metálicos con retenedores finales	2.060	2.515	2.745
Tratamiento ortodoncia brackets estéticos con retenedores finales	2.460	2.915	3.145
Tratamiento ortodoncia brackets autoligados metálicos con retenedores finales	2.460	2.915	3.145
Tratamiento ortodoncia brackets autoligados estéticos con retenedores finales	3.060	3.515	3.745
Tratamiento interceptivo 1 año	1.090		
Tratamiento interceptivo 2 años	1.450		

NOTAS:

1. Los servicios marcados con asterisco se pueden realizar mediante terapia láser, en cuyo caso se abonará adicionalmente el importe de 60€.
2. Todos los tratamientos requieren prescripción facultativa, tras valoración previa del paciente en consulta.

CONTRATO DE SEGURO ASISA INTERNACIONAL

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**, por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

....., de de

Firmado: N° Póliza:



CONTRATO DE SEGURO ASISA INTERNACIONAL

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**, por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

....., de de

Firmado: N° Póliza:





| 900 10 10 21
| asisa.es