ACUERDO DE COLABORACIÓN ASISA – COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA

Póliza colectiva: Nº 22.669

De una parte:

COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA, entidad domiciliada en Lorca (Murcia), Plaza del Caño 3, C.I.F. nº Q3063002D, representada por D. Angel García Aragón;

De otra parte:

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., compañía mercantil domiciliada en Madrid, Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, con C.I.F. A-08169294, representada por Dr. Diego Lorenzo Sáez;

EXPONEN

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

Que COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA, tras su estudio, ha considerado interesantes las condiciones presentadas por ASISA en la contratación de un seguro de asistencia sanitaria que puedan realizar los beneficiarios que se determinen en el presente Acuerdo.

Que ambas partes, adoptan los siguientes

ACUERDOS

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

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

Dichas condiciones especiales podrán ser objeto de revisión con carácter anual.

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

A modo informativo se acompañan, como anexo las Condiciones Generales de ASISA Útil y asistencia en viajes para el año 2017, así como las mencionadas condiciones Especiales:

- Condiciones Especiales
- Anexo I, Condiciones Generales del seguro de Asistencia Sanitaria
- Anexo II, Segunda Opinión Médica
- Anexo III Medicina Preventiva
- Anexo IV, Condicionado General Asistencia en Viajes

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

CONDICIONES ESPECIALES

1. Duración

Los efectos del presente acuerdo se iniciarán a las 0 horas del día 1 de maYo de 2017 y concluirán a las 24 horas del 31 de diciembre del mismo año.

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

2. Asegurados

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

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

3. Prima 2017

La prima neta aplicable por persona y mes, para la anualidad 2017, será la que a continuación se relaciona en función de la edad del asegurado:

Prima hasta los 30 años..... 24,00 € por persona y mes

Prima desde los 31 años hasta los 54 años..... 34,53 € por persona y mes

Prima desde los 55 años hasta los 64 años..... 48,13 € por persona y mes

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

Prima desde los 65 años ..... 83,03 € por persona y mes

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

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

3.1. Impuestos y Recargos

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

4. Pago de Primas

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

5. Participación del Asegurado en el coste de los servicios

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

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

6. Periodos de Carencia

Se establece un periodo especial de inscripción comprendido entre el 1 de mayo de 2017 y el 30 de junio de 2017, durante el cual no tendrán efecto los periodos de carencias recogidos en las Condiciones Generales, para aquellas pólizas en él suscritas, excepto para hospitalizaciones.

Una vez transcurrido el periodo promocional, las carencias serán las siguientes:

Periodo de carencia de 8 meses para hospitalizaciones

Periodo de carencia de 6 meses para planificación familiar

Periodo de carencia de 6 meses para pruebas especiales de diagnóstico

Periodo de carencia de 6 meses técnicas especiales de tratamiento

Periodo de carencia de 6 meses para Psicoterapia

Periodo de carencia de 6 meses para cirugía ambulatoria

No obstante, en las solicitudes de contratación de colegiados y/o empleados de COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA, así como de sus familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos), que ya ostenten la condición de asegurados de ASISA, se respetarán los períodos de carencia ya consumidos en la póliza de origen.

7. Cuestionario de Salud

Será exigible la cumplimentación del correspondiente Cuestionario de Salud, previo a la contratación, a los efectos de la oportuna valoración del riesgo a asegurar.

8. Edad de Contratación

El límite de edad para la contratación será de 64 años.

9. Mediación

En la celebración del presente acuerdo ha intervenido como mediador COINBROKERS MURCIA S.L, Correduría de seguros, inscrita en el Registro Mercantil, CIF B96150537 y en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave VS1998 004

10. Protección de Datos de Carácter Personal

Para el eventual supuesto de que, durante el curso del presente acuerdo, tanto ASISA como COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA, precisaran tratar datos de carácter personal responsabilidad de la otra parte, ambas se obligan al sometimiento absoluto

Cuestionario de Salud: Declaración realizada por el tomador y/o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

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

Enfermedad: Toda alteración de la salud del asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

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

Hospitalización: Representa el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

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

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

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

Periodo de Carencia: Periodo de tiempo durante el cual, no se cubren algunas de las prestaciones establecidas en la Póliza. Los Periodos de Carencia establecidos se computan desde la fecha de efecto de la Póliza.

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

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

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

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

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

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que se entrega a cada asegurado y cuyo uso,

personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

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

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

CONDICIONES

Primera: Objeto y límite del Seguro

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

La Entidad se reserva la posibilidad de incorporar en la póliza, y repercutir en la prima, tanto técnicas de tratamiento y diagnóstico ya existentes en el momento de la contratación y no cubiertas en la póliza así como las nuevas que puedan surgir en la práctica médica.

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

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

Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas

La Entidad facilita al Asegurado un Cuadro Médico en la que figuran los Servicios de Urgencia, relación de médicos de las diferentes especialidades, DUES-ATS, otros profesionales de la Sanidad y Centros de Hospitalización. Para el caso de desplazamiento también figuran en el «Cuadro Médico» la Red Nacional de urgencias y de oficinas provinciales de la Entidad.

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

1.- Servicio de Urgencia

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

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

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

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

4.- Medicina Especializada
El Asegurado podrá elegir libremente el Médico especialista, de entre los que figuran en el Cuadro Médico.

Las Especialidades médicas cubiertas son las siguientes:
- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vascular
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología
- Geriatría
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatología
- Urología

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

5.- Enfermería (D.U.E. /A.T.S.)
Este servicio se prestará en consultorio o, si el Asegurado lo precisara, a domicilio, previa prescripción del médico del Cuadro Médico que esté tratando al Asegurado.

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

7.- Medios de Diagnóstico
Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico del Cuadro Médico. Se consideran medios de diagnóstico a titulo enunciativo los siguientes:

Análisis clínicos: Hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, anatomía patológica y citología.
Se excluyen los estudios genéticos y los cariotipos.

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, radiología vascular (*), ecografía, mamografía, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) (*), R.M.N. (Resonancia Magnética) (*), estudios gammagráficos (*). **No son de cobertura el TAC para colonoscopia virtual ni la RMN funcional.**

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

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

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

Obstetricia y Ginecología: Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis (*), Cariotipo **(exclusivamente en líquido amniótico tras amniocentesis)** (*).

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

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

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

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

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)
Siempre se realizarán previa prescripción de un médico especialista en la materia, del Cuadro Médico. Junto con la prescripción se acompañará un informe del médico especialista que se presentará para la correspondiente autorización en la Entidad con carácter previo a su práctica.

Estos servicios comprenden:

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

Láser Quirúrgico.- sólo, para Otorrinolaringología, Proctología (para Hemorroides, fístulas y fisuras anales y perianales, condilomas y pólipos rectales), y Oftalmología (fotocoagulación en patologías retinianas).

Litotricia extracorpórea.- Para tratamiento de la Litiasis renal.

Preparación al parto.

Radiología Intervencionista.- No se incluyen las prótesis.

Reconstrucción mamaria, exclusivamente tras mastectomía por neoplasia (incluyendo prótesis de mama en caso necesario). En estos casos, también queda cubierta **la simetrización de la mama contralateral** siempre que se realice en el mismo acto que la reconstrucción de la mama afectada por la neoplasia, o en los 6 meses siguientes a dicha reconstrucción, como máximo.

Rehabilitación.-Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, Podiatría.

Riñón artificial y diálisis peritoneal.- Se incluye **únicamente** la Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas.

Tratamiento del dolor

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

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

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, esta Póliza cubre los gastos de quirófano, anestesia, exploraciones complementarias, medicación **(salvo los medicamentos quimioterápicos oncológicos, que no son de cobertura en ningún caso)**, transfusiones y tratamiento de su proceso.

En todos los casos, la orden de internamiento deberá ser formulada por un médico especialista en la materia del Cuadro Médico y autorizada con carácter previo en la Entidad. **La permanencia en régimen de Hospitalización, tiene un límite de estancias de 30 días por año natural (excepto en hospitalización psiquiátrica, cuyo límite de estancias será de 10 días por año natural**) y dependerá de si, según criterio del médico del Cuadro Médico, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

Estos servicios incluyen:

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

-Hospitalización pediátrica.
* Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto.
* Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en Centro Especializado (Neonatología, Incubadora).
* Hospitalización por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica. Cuando la edad del niño y el Centro lo permitan, el enfermo podrá estar acompañado.

Los recién nacidos tendrán derecho a la hospitalización con cargo a la Póliza de la madre exclusivamente durante los 30 primeros días de vida siempre que el parto o la cesárea hayan sido cubiertos por la Entidad. Para continuidad en la asistencia deberán ser Asegurados dentro del expresado período.

- Hospitalización por motivo quirúrgico.

- Hospitalización por motivo médico (que no precisa intervención quirúrgica).
Para tratamiento de los procesos agudos que, a juicio del especialista del Cuadro Médico, no puedan tratarse en el domicilio del paciente con técnicas correctas y precisen internamiento.

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

- Hospitalización Psiquiátrica.-Para enfermos mentales afectados de procesos agudos y recuperables. En estos casos no incluye cama de acompañante.

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

10.- Cirugía Ambulatoria

Incluye cualquier intervención diagnostica o terapéutica realizada por un médico especialista del Cuadro Médico del catálogo de servicios de la Entidad, en un centro autorizado de dicha lista y que requiere normalmente una sala de intervenciones.

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

11.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

El servicio de ambulancia concertado con la Entidad, trasladará al enfermo al centro donde le deban prestar los servicios que necesite, o de éste a su domicilio, siempre que un médico del Cuadro Médico lo ordene por escrito y concurran especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi, o vehículo particular). **Queda excluido el traslado de Enfermos para tratamientos de rehabilitación y diálisis.**

El traslado sólo estará cubierto para desplazamientos inferiores a 300 Km.

12.- Prótesis e Implantes

La Entidad cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales de las siguientes prótesis: las lentes intraoculares para cataratas, los stents coronarios, los marcapasos provisionales y las prótesis de mama tras mastectomía por neoplasia. Así mismo es de cobertura el material de osteosíntesis **(excluidos los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo)** en lesiones osteoarticulares de causa traumática.

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

13.- Planificación Familiar

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

Se establece un Período de Carencia de 6 meses.

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

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

15.- Segunda Opinión

El Asegurado tendrá derecho a la prestación de Segunda Opinión Médica para determinadas patologías y cuadros clínicos que figuran en el ANEXO II de estas Condiciones Generales.

16.- Psicoterapia

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

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

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

17.- Medicina Preventiva

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

Tercera: Prestaciones excluidas

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.

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

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

4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.

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

6. La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).

7. Los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos.

8. La Homeopatía, organometría y acupuntura, así como las técnicas diagnósticas o de tratamiento experimentales o no reconocidas por la ciencia médica o realizadas para ensayos clínicos de cualquier tipo.

9. En la especialidad de Odontoestomatología quedan excluidos los empastes, las prótesis, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia. Así como las pruebas previas para estos tratamientos.

10. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de psicoterapia del punto 16 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria.

11. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la inseminación artificial y la fecundación «in vitro». También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo aunque esté indicada en los términos previstos por la legislación vigente.

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

13. Se excluye todo tipo de prótesis, salvo las lentes intraoculares para cataratas, los stents coronarios, los marcapasos provisionales y las prótesis de mama tras mastectomía por neoplasia. También se excluyen las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.

14. En oncología, se excluye cualquier tratamiento de Radioterapia o Quimioterapia (inclusive los medicamentos quimioterápicos oncológicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unidades de Oncología en régimen de hospital de día). Por ello, tampoco son de cobertura ni la Radiocirugía Esterotáxica ni la Braquiterapia, Tomoterapia, Quimioterapia intraoperatoria ni cualquier otra forma especial de Radioterapia o Quimioterapia.

15. Toda la medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones (nunca es de cobertura la medicación quimioterápica oncológica, aunque se trate de pacientes hospitalizados). Se considerarán excluidos en todo caso los tratamientos experimentales y/o de uso compasivo.

16. Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas, así como el láser quirúrgico excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 8 (Técnicas Especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.

17. Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T. o P.E.T. - T.A.C.). La colonoscopia virtual, mediante TAC. La Resonancia Nuclear Magnética funcional.

18. Se excluye todo tipo de trasplantes.

19. Se excluye la diálisis (Riñón artificial – Hemodiálisis y diálisis peritoneal) para casos crónicos.

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

21. Se excluye la electrofisiología cardiaca diagnóstica y terapéutica.

22. Se excluyen de la cobertura del seguro todos aquellos medios, procedimientos y técnicas de diagnóstico o tratamiento no reconocidos o no universalizados en la práctica médica habitual, o que sean de carácter experimental o de investigación.

23. Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica no incluida expresamente en la cobertura de la póliza, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contratación de la misma, se consideran excluidas, salvo que la Entidad comunique expresamente su incorporación.

Cuarta: Prestación y utilización de los servicios

1. Derecho a la asistencia.

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

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

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

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

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

3. Libertad de elección de médico
Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido, salvo los casos en que, con arreglo a las cláusulas de este contrato, sean exigibles requisitos adicionales.

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

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

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

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

Los servicios serán prestados únicamente en el domicilio que figura en la Póliza y cualquier cambio de domicilio deberá ser notificado a la Entidad, con anticipación mínima de 8 días. Para mantener los derechos de asistencia, el nuevo domicilio deberá estar situado dentro del ámbito asistencial de la Aseguradora.

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

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

El Asegurado podrá acudir directamente a la consulta del Especialista, según lo establecido para cada caso en el Cuadro Médico y en el Manual de Instrucciones para los Asegurados.

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

7. Servicios de Urgencia

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

8. Asistencia a Desplazados

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

9. Asistencia en Viajes

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

10. Medios de Diagnóstico y Tratamiento

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

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

11. Hospitalización

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

El límite de estancias para cualquier hospitalización (excepto para hospitalización psiquiátrica, cuyo límite de estancias será de 10 días por año natural) será de 30 días por año natural.

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

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

donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un Centro Público. Una vez sea posible se deberá trasladar al Asegurado a un Centro propio o concertado. En caso de asistencia urgente en un Centro Sanitario Público (perteneciente al Sistema Nacional de Salud o integrado en el mismo), la Entidad únicamente asumirá el coste derivado de la misma en el supuesto de que el asegurado no se encuentre afiliado a cualquier régimen de la Seguridad Social o no tenga derecho a Sanidad Pública.

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

Las autorizaciones de internamiento en Centros hospitalarios facilitadas por la Entidad tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordena el ingreso, o por las medias estadísticas de cada proceso estimados por la Entidad, sin superar nunca el límite máximo de estancias establecido en estas Condiciones Generales. Para obtener una o más prórrogas de los días de Hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlo de la Entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones al respecto. En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.). La permanencia, en régimen de Hospitalización de un enfermo cubierta por esta póliza, estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar y continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en aquella ya no es indispensable, y nunca será superior, con cargo a la Entidad, al límite máximo de estancias establecido en estas Condiciones Generales.

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

Quinta: Duración del Seguro

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

En el supuesto de que el contrato de seguro sea resuelto por voluntad unilateral de Asisa, no podrá suspender la prestación de la cobertura cuando el Asegurado se encuentre en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

En caso de que el contrato de seguro sea resuelto por parte del Tomador, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, 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 de la póliza, la cobertura asegurada de Asisa cesará en la citada fecha de vencimiento sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque sea derivada de un siniestro ocurrido durante la vigencia del seguro.

3. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el Siniestro.

Decimoprimera: Comunicaciones

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

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro, al Asegurado o al beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador autoriza a Asisa a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

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

Decimosegunda: Reclamaciones y Prescripción

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

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

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

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

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

Decimotercera: Ámbito del Seguro

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

Décimocuarta: Protección de Datos de Carácter Personal

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

Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras subsista cualquier relación negocial o contractual con la Entidad.

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

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

Décimoquinta: Exoneración de Responsabilidad

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

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

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA y CONSULTA CON EXPERTOS INTERNACIONALES

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

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

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

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

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

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

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

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

ORIENTACIÓN MÉDICA

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

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

APOYO PSICOEMOCIONAL

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

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO IV

CONDICIONADO DEL SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJES

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

ASEGURADO
La persona física residente en España titular de una póliza de asistencia sanitaria de Asisa.

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

ACCIDENTE
La lesión corporal o daño material sufrido durante la vigencia del contrato, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
Con respecto a los vehículos, se considerará accidente un hecho violento, súbito, externo e involuntario que cause daños al vehículo objeto de cobertura.

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

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

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

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

AMBITO TEMPORAL

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

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Gastos médicos en el extranjero

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

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

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

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

2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

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

3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

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

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

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

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

En caso de defunción en España del cónyuge, pareja de hecho, padres, hijos, abuelos, nietos, yernos, nueras, cuñados o hermanos del asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por la presente póliza, la aseguradora, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo para asistir al sepelio, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular, clase turista, o en tren, primera clase, o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante inscrito en las condiciones particulares y hasta el lugar de inhumación en España.

5. Transporte de restos mortales

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

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

6. Acompañamiento de restos mortales.

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

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

7. Desplazamiento de un familiar

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

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

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

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

9. Acompañamiento de menores y discapacitados

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

10. Envío de medicamentos

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

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

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

11. Búsqueda y localización de equipaje

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

12. Transmisión de mensajes urgentes

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

13. Responsabilidad Civil.

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

Queda expresamente excluida la responsabilidad civil profesional, la derivada del uso, utilización y circulación de vehículos, así como la derivada del uso o propiedad de

artefactos y armas de cualquier tipo o naturaleza, así como las indemnizaciones a consecuencia de perjuicios económicos no derivados de un previo daño personal o material.

14. Servicio de Información

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

15. Adelanto de Fondos

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

16. Servicio de Intérprete

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

17. Orientación médica telefónica

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

Para los casos más graves y urgentes la aseguradora podrá activar los servicios de asistencia sanitaria necesarios, priorizando los servicios públicos de urgencia, siendo por cuenta del Beneficiario los gastos que se ocasionen como consecuencia de este servicio.
Este servicio se prestará a petición del Asegurado y en horario de 9:00 a 21:00 todos los días.

18. Asesoramiento en sucesiones.

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

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

f. Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:
- Baja.

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

g. Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.
h. Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
i. Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:

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

j. Tramitación de la carta de pago.

k. Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales.
l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

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

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

19. Trámites administrativos para la obtención de visados

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

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

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

20. Cancelación de Tarjetas

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

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

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

21. Bloqueo del teléfono móvil

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

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

EXCLUSIONES

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

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

2.- Enfermedades mentales.

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

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

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

6.- Accidentes laborales o enfermedades profesionales.

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

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

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

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

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

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

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

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

14.- Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.

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

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

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

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

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

TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

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

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

SUBROGACIÓN

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

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

ACUERDO DE COLABORACIÓN ASISA – COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA

Póliza colectiva: Nº 22.670

De una parte:

COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA, entidad domiciliada en Lorca (Murcia), Plaza del Caño 3, C.I.F. nº Q3063002D, representada por D. Angel García Aragón;

De otra parte:

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., compañía mercantil domiciliada en Madrid, Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, con C.I.F. A-08169294, representada por Dr. Diego Lorenzo Sáez;

EXPONEN

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

Que COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA, tras su estudio, ha considerado interesantes las condiciones presentadas por ASISA en la contratación de un seguro de asistencia dental que puedan realizar los beneficiarios que se determinen en el presente Acuerdo.

Que ambas partes, adoptan los siguientes

ACUERDOS

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

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

Dichas condiciones especiales podrán ser objeto de revisión con carácter anual.

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

A modo informativo se acompañan como anexos, las Condiciones Generales de ASISA dental y Franquicias Dentales para el año 2017, así como las mencionadas condiciones Especiales:

- Condiciones Especiales
- Anexo I, Condiciones Generales de ASISA Dental
- Anexo II, Franquicias Dentales 2017

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

CONDICIONES ESPECIALES

1. Duración

Los efectos del presente acuerdo se iniciarán a las 0 horas del día 1 de maYo de 2017 y concluirán a las 24 horas del 31 de diciembre del mismo año.

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

2. Asegurados

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

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

3. Prima 2017

La prima neta aplicable por asegurado y mes, para la anualidad 2017, se fija en "CINCO EUROS CON CINCUENTA CÉNTIMOS DE EURO" (5,50) para los servicios descritos en el Condicionado General.

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

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

3.1. Impuestos y Recargos

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

4. Pago de Primas

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

5. Mediación de la póliza

En la celebración del presente acuerdo ha intervenido como mediador COINBROKERS MURCIA S.L, Correduría de seguros, inscrita en el Registro Mercantil, CIF B96150537 y en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave VS1998 004

6. Protección de Datos de Carácter Personal

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

En Madrid, a 1 de mayo de 2017,

Por ASISA

Fdo. Dr. Diego Lorenzo Sáez
Delegado Médico Provincial

Por COLEGIO DE ABOGADOS DE LORCA

Fdo. D. Angel García Aragón
Decano

ANEXO I

CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL

CLAUSULA PRELIMINAR

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

DEFINICIONES:

A los efectos de este contrato se entiende por:

1.- Asegurador: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. entidad emisora de esta póliza que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, dentro de los límites pactados.

2.- Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe esta Póliza, y a la que corresponden los derechos y obligaciones que de la misma se deriven, salvo aquellos que por su naturaleza correspondan expresamente al asegurado o beneficiario.

3.- Asegurado: Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que en defecto del Tomador asumen las obligaciones derivadas del contrato.

4.- Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza; las Condiciones Generales, el Cuadro de Coberturas y Franquicias que especifica los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la póliza, las Particulares que individualizan el riesgo; y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, durante la vigencia del seguro.

5.- Prima: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago y podrá sufrir variaciones en función de los costes y de la modificación de servicios.

6.- Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por los servicios odontológicos que, cubiertos por este seguro, utilice. Dicho importe que podrá ser diferente en función de los distintos servicios odontológicos vendrá fijado en el Cuadro de coberturas y franquicias que se integran en la póliza.

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

PRIMERA.- OBJETO DEL SEGURO

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

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

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

SEGUNDA.- DESCRIPCION DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

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

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

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

TERCERA.- RIESGOS EXCLUIDOS.

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

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

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

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

D) La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación de asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas,

subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, toreo, etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.

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

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

CUARTA.-PRESTACION Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

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

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

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

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

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

E) En caso de urgencia, deberá acudirse al centro/s de urgencia que la Entidad tenga establecido al efecto, cuya dirección y teléfono figurarán en el Cuadro Médico-Dental que el Asegurador entrega al Asegurado.

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

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

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

QUINTA.- PLAZO DE CARENCIA.

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

SEXTA.- DURACION Y ACTUALIZACION DE LA POLIZA

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

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

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

SEPTIMA.- PAGO DE LAS PRIMAS

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

La primera prima o fracción de ella será exigible, conforme el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro una vez firmado el contrato: Si no hubiera sido pagada por culpa del tomador, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

La Entidad aseguradora y el asegurado solamente quedan obligados por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

OCTAVA.- OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO.

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

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

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

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

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

e) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza, mediante comunicación escrita a la Entidad en este sentido.

NOVENA.- OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA.

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

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

DECIMA.- NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro).

UNDECIMA.- PERDIDA DE LOS DERECHOS

Se pierde el derecho a la prestación:

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

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

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

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

DUODECIMA.- COMUNICACIONES

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

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

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

DECIMOTERCERA.- RECLAMACIONES Y PRESCRIPCION

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

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

Los conflictos que puedan surgir entre tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. Art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

A efectos del presente contrato de seguro, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.
Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOCUARTA.- AMBITO DEL SEGURO

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

DECIMOQUINTA.- PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

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

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

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

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

DECIMOSEXTA: EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.
En consecuencia, ASISA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.

FRANQUICIAS ASISA DENTAL 2017

asisa

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	7
Ortopantomografía digital	7
Telerradiografía digital	7
Estudio Tomográfico (T.C)	
T.C una arcada	85
T.C dos arcadas	100
C) ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Limpieza de boca	0
Tartrectomía con flúor	3
Selladores (niños)	0
D) ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Obturaciones:	
Provisional	0
Amalgama de plata	14
Estética *	27
Gran reconstrucción *	49
Reconstrucción coronaria con poste, pin o tornillo *	69
E) ENDODONCIA	
Endodoncia unirradicular *	80
Endodoncia birradicular *	90
Endodoncia multirradicular *	100
Apicoformación por sesión	5
Apicectomías *	60
Reendodoncia	125
Terapia Láser	60
Apertura de drenaje de la cámara pulpar	25
(No se incluye el coste de la obturación)	
F) ODONTOPEDIATRÍA	
Fluorizaciones	7
Selladores oclusales	0
Pulpotomías en dientes temporales *	49
Corona metálica preformada	52
Mantenedores de espacio fijo	56
Mantenedores de espacio móvil	46
Reimplantación piezas (por pieza)	35
Obturación en dientes temporales (amalgama)	14
Obturación en dientes temporales (composite)	27
Revisión mantenedor de espacio	18

SERVICIOS	EUROS
G) PERIODONCIA	
Tratamientos no quirúrgicos:	
Ferulización de dientes (por pieza)	30
Ferulización de dientes (por sextante)	150
Mantenimiento periodontal (por cuadrante)*	18
Periodontograma	0
Curetaje por cuadrante (Raspado y alisado radicular) *	39
Tratamientos quirúrgicos:	
Gingivectomía parcial (por cuadrante) *	27
Cirugía periodontal a colgajo* (por cuadrante)	160
Alargamiento coronario *	147
Injerto mucogingival *	164
Colocación de bio-materiales	172
Regeneración con membrana	210
Tratamiento de periimplantitis	55
H) ORTODONCIA	
Estudio y registro (incluidos modelos)	49
Colocación microimplantes (unidad)	154
Reposición de brackets metálicos (unidad) desde	2
Caja de ortodoncia	0
Removible:	
Cada aparato (funcional)	205
Compostura de aparato	39
Visitas periódicas de revisión de ortodoncia removible	25
Fija vestibular:	
Aparatología fija (por arcada)	241
Colocación de brackets metálicos (por arcada)	131
Colocación de brackets estéticos (por arcada)	231
Colocación de brackets transparentes (por arcada)	333
Aparatos auxiliares (por arcada)	156
Visitas periódicas de revisión de ortodoncia fija vestibular	25
Fija lingual:	
Aparatología fija (por arcada)	337
Aparatos auxiliares (por arcada)	156
Colocación de brackets (por arcada)	1.500
Visitas periódicas de revisión de ortodoncia fija lingual	31
Ortodoncia invisible: (sólo en Clínicas autorizadas)	
Estudio de ortodoncia invisible	300
Tratamiento de ortodoncia invisible (a la aceptación)	1.500
Tratamiento de ortodoncia invisible (colocación)	500
Visitas de revisión (sólo se pagan el primer año)	150
Fase de retención	180
Tratamiento de retención:	
Colocación de placa Hawley de retención	56
Colocación de placa de retención estética	112
Barra lingual	112
Fibra de vidrio	122
En tratamientos combinados de fija/movil se suma el coste de ambas técnicas	

SERVICIOS	EUROS
I) PRÓTESIS	
Fija:	
Corona jacket acrílico provisonal	35
Corona metal-porcelana	160
Compostura de porcelana (por pieza)	40
Prótesis fija estética:	
Carillas zirconio porcelana o cerámica alumina (por pieza)	195
Corona zirconio	300
Removible acrílico:	
Removible acrílico de 1 pieza	80
Removible acrílico de 2 a 3 piezas	150
Removible acrílico de 4 a 6 piezas	200
Removible acrílico de 7 a 9 piezas	265
Removible acrílico de 10 o más piezas	300
Completas:	
Superior o inferior	360
Suplemento resina hipoalergénica, cada arcada	42
Composturas:	
Compostura	50
Removible esquelético:	
Estructura base	100
Terminación en acrílico por pieza	49
Compostura	50
Attaches	75
Removible flexible:	
De 1a 2 piezas	410
De 3 a 5 piezas	442
Más de 6 piezas	495
Composturas o añadir piezas en prótesis removible flexible	75
Neobase hasta 5 piezas	95
Neobase más de 6 piezas	185
Prótesis removible flexible incluyendo esquelético y piezas (hasta 5 piezas)	505
Prótesis removible flexible incluyendo esquelético y piezas (más de 6 piezas)	556
J) CIRUGÍA	
Extracción dentaria simple (por pieza)	0
Extracción dentaria quirúrgica (por pieza)	40
Regularización de bordes alveolares	50
Torus maxilares	41
Quistectomía, quistes maxilares *	50
Frenectomía *	19
Fenestración	40
Épulis *	32
K) IMPLANTOLOGÍA	
Fase quirúrgica:	
Estudio de implantología (incluye modelos y fotos)	0
Estudio y realización computerizada de guías	975
Implante	640
Mantenimiento de implantología	35

SERVICIOS	EUROS
Elevación de seno *	468
Colocación de bio-materiales	172
Regeneración con membrana	210
Fase protésica:	
Pilar	285
Pilar CAD-CAM	330
Corona Fija Metal-Porcelana	240
Corona CAD-CAM	345
Prótesis híbrida sobre implantes	2.350
Sobredentadura	607
L) ATM	
Primera visita (incluye estudio articulación, exploración y toma de registros)	45
Revisión	30
Tratamiento con férula de neuromiorelajación	192
Reparación, rebase y reajuste de férula	55
Tallado selectivo. Análisis oclusal.	40
Tratamiento con férula de adelantamiento mandibular	250
Terapia manual ATM	50
M) ESTÉTICA DENTAL	
Carillas estéticas de composite (por pieza)	100
Carillas estéticas de porcelana (por pieza)	250
Incrustación de porcelana	140
Blanqueamiento dental con técnica combinada (consulta-domicilio) *	395
Blanqueamiento dental en consulta *	300
Blanqueamiento dental en domicilio (incluida férula y kit de blanqueamiento)	150
Blanqueamiento de diente no vital (por pieza) *	37

NOTAS:

1. Las franquicias destacadas en azul pueden no aplicarse a los asegurados de Salud por tenerlas incluidas en su póliza, en cuyo caso, y según el tipo de póliza, el asegurado sólo asumirá el copago correspondiente. Todas estas franquicias se aplicarán siempre que sean prestadas por un facultativo incluido en el cuadro médico de Salud de Asisa. Algunas de ellas necesitarán autorización previa por parte de la compañía. Para más información sobre su cobertura contacte con su delegación provincial o en el teléfono 902 010 010.
2. Precios salvo error tipográfico y/u omisión.
3. Las prótesis realizadas por Asisa Dental están garantizadas por dos años, salvo cualquier alteración producida por un uso incorrecto de las mismas.
4. Los estudios tomográficos (T.C.) para el estudio implantológico serán abonados por el paciente, no estando incluidos en los presupuestos de implantes.
5. Las franquicias marcadas con asterisco se pueden realizar mediante láser, y llevan un coste adicional de 60 €.
6. Los precios de estas franquicias incluyen los tratamientos más frecuentes, que requieren visita previa. **La primera visita y el diagnóstico son completamente gratuitos, independientemente de que el paciente esté adscrito a nuestra póliza.**

APA0156