

ASISA **SALUD**

Índice interactivo

- CONDICIONES GENERALES ASISA SALUD
- CONDICIONES GENERALES ASISA SALUD
- CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL
- C. GENERALES DENTAL INGLES
- MÁS PARA SU SALUD



**Para que tu
salud siempre
esté en
buenas manos**

asisa+



Asisa LIVE es la **plataforma de Telemedicina de Asisa**, en el que recibes el mismo trato y cuidado de siempre, sin tener que desplazarte. Y es que, solo por ser asegurado de salud, puedes ser atendido por médicos de distintas especialidades a través del canal que prefieras:



Chat Médico

Un servicio de orientación médica, disponible las 24 horas con respuestas en menos de 4 minutos.



Videoconsultas

Agenda tu cita en una gran variedad de especialidades médicas.



Apoyo Psicoemocional

Contacta con un Psicólogo a través de chat médico, llamada o videoconsulta.

En Asisa, queremos que tengas la tranquilidad de contactar con un médico siempre que lo necesites. Por eso, con Asisa LIVE, la medicina y el cuidado se adaptan a tu manera de vivir.

Descúbrelo en
www.asisalive.com



Descárgate la app Asisa y disfruta de todas sus ventajas

Incorporamos lo último en tecnología para estar siempre cerca de ti.

A través de nuestra App Asisa podrás:

- Solicitar videoconsultas con especialistas de Asisa LIVE.
- Buscar un médico y pedir cita online en nuestros centros HLA.
- Gestionar autorizaciones.
- Consultar tus asistencias médicas.
- Administrar tus recibos.
- Consultar los datos de tu póliza y documentación.
- Llevar tu tarjeta de asegurado siempre a mano.
- Acceder a toda la información de la Red Asisa.



Descubre todos los servicios y ventajas descargándote la app aquí

DISPONIBLE EN
Google Play

Descárgalo en el
App Store

ASISA 

**Gracias por
dejarnos
hacer lo que
mejor
se nos da:
cuidar de ti**



75636- ASISA STUDENTS INSURANCE

91 991 19 99

asisa.es



Para que nos tengas cerca siempre que nos necesites

Desde ahora, puedes acceder con Asisa a la mejor calidad médica y asistencial. Te acompañaremos siempre que lo necesites. Ponemos a tu disposición los mejores medios técnicos y humanos, el mayor dispositivo asistencial y la mayor Red Hospitalaria Nacional Privada:

ASISTENCIA SANITARIA

15 (📍)

CLÍNICAS Y HOSPITALES PROPIOS

+1.000

HOSPITALES Y CENTROS CONCERTADOS

ASISTENCIA DENTAL

43 (📍)

CLÍNICAS ASISA DENTAL

+1.800

PROFESIONALES Y CENTROS CONCERTADOS



A Coruña, Albacete, Alcalá de Henares (Madrid), Alcorcón (Madrid), Alicante, Almería, Aluche (Madrid), Arganda del Rey (Madrid), Badajoz, Barcelona, Burgos, Dr. Esquerdo (Madrid), Córdoba, Coslada (Madrid), Elche (Alicante), Eloy Gonzalo (Madrid), Getafe (Madrid), Granada, General Moscardó (Madrid), Moncloa (Madrid), Huelva, Las Rozas (Madrid), Málaga, Móstoles (Madrid), Murcia, Palencia, Palma de Mallorca, Pozuelo de Alarcón (Madrid), Retiro (Madrid), Salamanca, San Sebastián de los Reyes (Madrid), Santa Cruz de Tenerife, San José de Valderas (Madrid), Sevilla, Tarragona, Toledo, Torrejón de Ardoz (Madrid), Valdemoro (Madrid), Valencia, Valladolid y Zaragoza.



Albacete, Alicante, Almería, Granada, Guadalajara, Huelva, Jerez de la Frontera (Cádiz), Lérida, Madrid, Málaga, Murcia, Sevilla y Zaragoza.

Estimado/a Sr./Sra.

Quiero manifestarle mi agradecimiento por haber depositado su confianza en nuestra compañía para algo tan importante como es el cuidado de su salud y la de los suyos.

A partir de ahora tiene a su disposición un completo equipo médico altamente cualificado, apoyado por las últimas tecnologías en materia sanitaria y la seguridad de estar en todo momento en las mejores manos.

Adjunta encontrará **la documentación relativa a su seguro**. Le rogamos que nos remita los siguientes documentos firmados, a través del sobre respuesta que encontrará cuando reciba su tarjeta sanitaria:

- La aceptación de las **Condiciones Generales**, que encontrará en el apartado "Documentos para devolver firmados" del presente documento.
- Las **Condiciones Particulares**, el ejemplar para ASISA, que encontrará en el mismo sobre donde se le envía su tarjeta sanitaria.

Por último, le recordamos que estamos a su disposición para atender sus consultas y gestionar sus peticiones las 24 h. 365 días en el **91 991 19 99** | **Asisa Clientes** o en **asisa.es**.

Agradeciéndole de nuevo la confianza depositada en ASISA, reciba un cordial saludo.



Jaime Ortiz Olmeda

Director Comercial y Marketing



Condiciones Generales

Asisa Salud



CONDICIONES GENERALES ASISA SALUD

CLAUSULA PRELIMINAR

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

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

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

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entenderá por:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Urgencia Vital: Situación en que se haya producido de forma brusca o repentina una patología cuya na-

turalaleza y síntomas hagan presumible un riesgo inminente o muy próximo para la vida del asegurado, o un daño irreparable para su integridad física de no llevarse a cabo una actuación terapéutica inmediata.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO

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

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

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

La Entidad se hará cargo directamente, siempre que se cumplan las previsiones de este contrato, del coste de la asistencia que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios concertados presten al asegurado, quien deberá utilizar el medio de identificación/pago que la Entidad le indique. **En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria comprendida en el contrato.**

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del contrato, que en todo caso será prestada a través de los medios concertados por la Entidad, según el Cuadro Médico aplicable al presente producto de seguro.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

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

1.- Servicio de Urgencia

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

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

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

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

2.1.- Medicina General y Familiar.

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

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

2.2.- Pediatría

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

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

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

2.3.- Enfermería

Este servicio se prestará en consultorio o en el propio domicilio del asegurado (siempre que sea posible), si este lo precisara, **cuando por razón de su patología no pueda desplazarse.** En cualquier caso, se requiere prescripción previa del médico de la Lista de facultativos de ASISA que esté tratando al paciente, con indicación del tratamiento y duración del mismo.

3.- Medicina Especializada

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

- Alergología
- Anestesiología y Reanimación
- Angiología y Cirugía Vascular
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora

- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología
- Geriátría
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Reumatología
- Urología

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

4.- Medios de Diagnóstico

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

En aquellos servicios marcados con un asterisco (*) en este apartado, se requiere, además, autorización previa y expresa por parte de la Entidad y se establece un período de carencia de 6 meses.

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

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

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

Se incluyen, además, los estudios genéticos para identificación de las dianas terapéuticas en procesos

neoplásicos (*), cuya determinación sea exigida en la ficha técnica del medicamento antitumoral elaborada por la autoridad sanitaria correspondiente.

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

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

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

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

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

No son de cobertura las necropsias o autopsias.

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, Radiología vascular o intervencionista diagnóstica (*), ecografía, Doppler, elastografía hepática, mamografía, T.C. o T.A.C. (*) (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) **(se excluye el T.A.C. espectral)**, R.M.N. (Resonancia Magnética) (*), densitometría ósea, estudios gammagráficos (*), SPECT (*) y SPECT-TC (*), P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones)=PET, =PET-TC (*) **(exclusivamente para aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas en las que está aprobado el marcador FDG por la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios, de acuerdo con la ficha técnica del mismo), incluidas en el Anexo I de las presentes Condiciones Generales (*). No es de cobertura la PET-RM.**

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

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

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

Obstetricia y Ginecología: Laparoscopia Diagnóstica (*), Histeroscopia Diagnóstica (*), Ecografía, Monitorización fetal, Amniocentesis (*), Cariotipos (*). Control del embarazo incluyendo triple screening,

así como el cribado prenatal no invasivo mediante estudio prenatal del ADN fetal en sangre materna **(*)**, **exclusivamente para la detección de aneuploidías fetales de los cromosomas, 13, 18 y 21 y de anomalías de los cromosomas sexuales cuando esté indicado según los índices de riesgo establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.**

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

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

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

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

5.- Técnicas Especiales de Tratamiento.

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

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

Estos servicios comprenden:

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

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

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

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

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

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

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

Neuro-navegación: Será de cobertura únicamente para intervenciones sobre encéfalo e intervenciones de grandes deformidades de columna vertebral.

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

Radiología Intervencionista terapéutica.-

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

También son de cobertura:

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

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

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

6.- Otros servicios

6.1.- Podología:

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

6.2.- Psicoterapia:

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

patologías relacionadas con el comportamiento, anorexias y bulimias). **Requiere prescripción previa e informe por especialista en psiquiatría del Cuadro Médico de la Entidad, así como autorización previa expresa de la misma para un profesional/centro concertado.**

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

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

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

6.3.- Planificación Familiar:

Incluye consulta, vasectomía, ligadura de trompas e implantación del DIU, incluido el coste del dispositivo (**no son de cobertura los DIU hormonales**). Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón).

Se establece un período de carencia de 6 meses.

6.4.- Preparación al parto:

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

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

6.5.- Estomatología y Odontología:

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

6.6.- Segunda Opinión

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

6.7.- Medicina Preventiva

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

6.8.- Doctor Virtual

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

7.- Hospitalización y Hospital de Día

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

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

Es imprescindible la oportuna prescripción formulada por el facultativo responsable que va a tratar al asegurado, que debe ser un médico especialista en la materia perteneciente al Cuadro Médico y autorizada por la Entidad de manera expresa con carácter previo a su ocurrencia. En la prescripción deberá figurar el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro concertado por la Entidad y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por el contrato.

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

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

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

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

No son de cobertura los gastos derivados de hospitalización en centro no concertado (privado o público) por la Entidad, aunque hayan sido prescritos por profesionales pertenecientes al Cuadro Médico de ASISA, salvo que se hayan originado por causa de urgencia vital. En estos supuestos, 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 situación de Urgencia. Una vez lo permita la situación médica del asegurado, éste deberá ser trasladado a un Centro concertado, previa coordinación con ASISA.

La cobertura de Hospitalización incluye:

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

Siempre que el parto/cesárea haya sido cubierto por ASISA, la hospitalización del recién nacido será de cobertura con cargo al contrato de seguro de la madre, hasta un máximo de 30 días desde la fecha

de su nacimiento; para continuidad asistencial a cargo de la Entidad, es imprescindible el alta del recién nacido en ASISA dentro del citado período, según lo previsto en el apartado b) de la Condición General Octava.

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

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

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

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

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

- **Hospitalización en unidades especializadas,** como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidad Coronaria. **En estos casos no se incluye cama de acompañante.**
- **Hospital de Día:** Asistencia hospitalaria para procedimientos médicos y quirúrgicos, con o sin anestesia, y con permanencia registrada del paciente por un período inferior a 24 horas.

En régimen de Hospital de Día para tratamiento médico o psiquiátrico **no es de cobertura la medicación, salvo la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica, con citostáticos u otros medicamentos, intravenosa o intravesical administrada en unidades de Oncología.**

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

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

8.- Cirugía Ambulatoria

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

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

9.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

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

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

10.- Prótesis e Implantes

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

- Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis **(excluidos los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo, salvo los injertos óseos, ligamentos biológicos e injertos osteotendinosos siempre que sean necesarios para una intervención quirúrgica autorizada previamente por la Entidad y se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales concertados).**
- Las prótesis valvulares cardíacas **(excepto las prótesis valvulares transcáteter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otras);** las prótesis vasculares tipo "by pass", las endoprótesis de aorta y sus ramas, los conductos valvulados aórticos en casos de patología valvular aórtica, y los stents coronarios.
- Los marcapasos unicamerales y bicamerales **(no son de cobertura los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular ni, en general, cualquier tipo de Holter implantable, Desfibrilador automático implantable o DAI).**
- Las prótesis de mama incluidos los expansores **(exclusivamente tras mastectomía por neoplasias).**
- Las lentes intraoculares monofocales para el tratamiento de la catarata. **No son de cobertura las lentes bifocales, multifocales, tóricas o correctoras de defectos de refracción de cualquier tipo).**
- Las mallas sintéticas de pared abdominal o torácica **(no son de cobertura las mallas biológicas).**
- Las prótesis biliares.
- Los coils para embolizaciones.
- Los sistemas de derivación de LCR para hidrocefalias.
- Las prótesis testiculares.
- Los reservorios para la administración de fármacos oncológicos o de tratamiento del dolor (tipo Port-a-Cath®).

En todo caso, 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 de cobertura anterior, correrá a cargo del asegurado. No son de cobertura los factores de crecimiento plaquetarios ni los tratamientos de cualquier tipo con células madre.

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

11.- Trasplantes

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

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

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

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

Se establece un período de carencia de 8 meses.

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

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

13.- Asistencia en Viaje

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

TERCERA: PRESTACIONES EXCLUIDAS

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

- 1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias o pandemias oficialmente declaradas.**
- 2. Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.**
- 3. Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, huracanes o tifones, terremotos, derrumbamientos, etc.**
- 4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación del seguro o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe cumplimentar el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
- 5. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo y artes marciales, toreo, escalada, montañismo, barranquismo, puenting etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.**
- 6. La asistencia derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), estupefacientes o alucinógenos.**
- 7. La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad o para control metabólico). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).**
- 8. La Medicina Preventiva (excepto lo recogido en el Anexo III de estas Condiciones), los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 4 (Medios de diagnóstico) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.**
- 9. La Homeopatía, organometría y acupuntura, así como las técnicas diagnósticas o de tratamiento**

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

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

En cualquier caso, se excluye la rehabilitación en patologías crónicas y/o cuando el proceso haya entrado en un estado de estabilización insuperable, conforme al informe del médico rehabilitador, exceptuando los casos de reagudización del proceso.
14. Los implantes constituidos por hueso natural (salvo que sean necesarios para intervenciones autorizadas por la Entidad y siempre que se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales) o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos. Las prótesis de pene y escroto, las prótesis de mama y los expansores de piel (salvo lo indicado en el apartado de Cirugía oncológica de mama en el punto 5 de la Cláusula Segunda), los implantes dentales, cocleares, de oído medio y cualquier tipo de implante o prótesis que no sea de práctica quirúrgica general en la Sanidad Pública. No es de cobertura ningún gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, de cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica, no autóloga, no incluidos de forma expresa en el punto 10 de la Cláusula Segunda de estas Condiciones (relativo a Prótesis e Implantes). También quedan excluidas las prótesis cubiertas en el citado punto 10 de la Cláusula Segunda, cuando incorporen modificaciones técnicas, en cuanto al diseño y/o tipo de dispositivo, elementos de su composición, el material utilizado, los métodos para su implantación, o que supongan cambios en las fuentes de energía, en caso de implantes activos, respecto a las de utilización general hasta el momento de la contratación, salvo que su incorporación a la cobertura del presente contrato de seguro sea comunicada previamente y de forma expresa por parte de la Entidad.
15. La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica con citostáticos o con otros medicamentos, intravenosa o intravesical, empleada en los tratamientos quimioterápicos oncológicos ambulatorios administrados en Unidades de Oncología en régimen de Hospital de Día (se excluye cualquier otra medicación administrada en régimen de Hospital de Día). Se excluyen las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal. Se considerarán excluidos, en todo caso, los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados para indicaciones distintas de las autorizadas en la ficha técnica del medicamento de que se trate.

16. Se excluyen las terapias regenerativas y celulares de cualquier tipo, así como los tratamientos basados en ingeniería tisular y en terapias génicas o genéticas y cualquier tratamiento basado en modificaciones genéticas de células del paciente a través de cualquier procedimiento (incluso las terapias denominadas CAR-T o de células T con CAR).
17. Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales). El T.A.C. espectral. Las ecografías obstétricas de 4 y/o más "D" (4D, 5D, 6D, etc.).
18. La monitorización neurofisiológica y la Neuronavegación, salvo en los casos previstos en la Condición General Segunda.
19. Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas, así como el láser quirúrgico cualquiera que sea el órgano a tratar, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 5 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.
20. La radiocirugía estereotáxica o estereotáctica, excepto para tratamiento de lesiones tumorales localizadas del sistema nervioso central, la radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Radioterapia Intraoperatoria, la Protonterapia o Terapia con protones, así como otras técnicas especiales de radioterapia, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 8 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales. No es de cobertura ninguna forma de Radioterapia para patología benigna no oncológica.
21. Se excluye todo tipo de trasplantes, excepto el de médula ósea (autólogo y heterólogo) y córnea (siendo el coste de esta a cargo del asegurado).
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 del contrato, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contratación de la misma, salvo que la Entidad comunique expresamente su incorporación. Cualquier acto diagnóstico o terapéutico que implique una modificación respecto a la práctica médica general previa a la contratación en cuanto a la vía de abordaje, dispositivos utilizados, materiales empleados y fuentes de energía, salvo que inclusión expresa en la cobertura previa comunicación por la Entidad.
24. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad, salvo lo establecido para el caso de Hospitalización por urgencia vital.
25. Cualquier asistencia (consulta, medio de diagnóstico, técnica de tratamiento, prótesis o implante, servicio, etc.) relativa a prestaciones no cubiertas por el presente contrato de seguro.

CUARTA: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Cuestiones Generales.

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



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

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

Para medios de diagnóstico, técnicas especiales de tratamiento, hospitalización, cirugía ambulatoria y otros servicios en los que así se indique la necesidad de prescripción, **esta corresponderá a un médico especialista en la materia de la Lista de Facultativos de la Entidad. Cuando así se indique, dicha prescripción deberá ser autorizada previamente y de forma expresa por parte de ASISA a través de diferentes canales establecidos al efecto, de acuerdo con las instrucciones que facilite la Entidad al respecto en cada momento. En el caso de las prestaciones realizadas con carácter urgente que requieran autorización por parte de la Entidad, esta se recabará dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.** La relación actualizada de las prestaciones que requiere autorización en cada momento puede ser consultada en la web de la entidad (www.asisa.es), así como en el resto de plataformas de información disponibles (app, teléfono, oficinas Delegación, etc.).

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

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

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

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

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

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

3. Libertad de elección de médico

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

4. Períodos de carencia

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

QUINTA: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

SEXTA: PRIMAS (PRECIO DEL SEGURO)

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

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

La primera Prima o fracción de la misma será exigible, conforme a lo previsto en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en el contrato,



y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

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

La prima de cada asegurado se calcula en base a los factores de riesgo que se detallan seguidamente: edad del asegurado a 31 de diciembre del período de seguro que vence y zona geográfica del domicilio del asegurado identificado en el contrato. A través del presente documento, el tomador manifiesta su conformidad a las modificaciones que, por tal motivo, pueda experimentar el importe de la prima. Asimismo, la Entidad Aseguradora podrá tomar en consideración en la actualización de la prima la variación de los costes asistenciales, la morbilidad, la incorporación de nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas. Además, las primas a abonar también podrán variar en función de otras circunstancias personales de los asegurados.

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

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

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

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

COPAGOS: Salvo pacto en contrario previsto en las Condiciones Particulares del seguro, las partes contratantes convienen la participación del asegurado en el coste de los servicios que utilice. Dicha participación o copago será única para cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado por el asegurado, **y su importe podrá ser actualizado anualmente por la Entidad en cada renovación del contrato, mediante comunicación al Tomador.**

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

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

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

SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

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

- a) Declarar a ASISA, antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo a asegurar. Queda exonerado de tal deber si ASISA no le somete Cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él, resultando esencial que la información facilitada por el Tomador/Asegurado sea veraz y completa, al constituir la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual forma parte dicho Cuestionario.
- b) Notificar al Asegurador el cambio de domicilio y de dirección de correo electrónico identificadas en el contrato, tanto del tomador como del asegurado, así como el resto de datos facilitados a la Entidad a efectos de comunicaciones en los ocho días siguientes a producirse. Para mantener el derecho a la asistencia, el nuevo domicilio debe encontrarse dentro del ámbito asistencial de la entidad aseguradora.
- c) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- d) Facilitar al Asegurador toda la información que éste precise para ejercer el derecho de subrogación, previsto en los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.
- e) El Asegurado tiene la obligación de facilitar a Asisa, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y/o presupuestos que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por el presente contrato. Asisa no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. El asegurador podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación, que no procediera asumir, una vez conocida la información facilitada por el Asegurado.
- f) Comunicar al Asegurador la pérdida, sustracción o deterioro de la tarjeta a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado identificado en el contrato, anulando la anterior. Igualmente, el Tomador o Asegurado deberán devolver a ASISA la tarjeta correspondiente al asegurado cuando su contrato quede extinguido.

OCTAVA: FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- a) El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega del contrato, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el contrato.
- b) Podrá solicitarse el alta del recién nacido como asegurado de ASISA, con eliminación de los períodos de carencia aplicables en cada caso y sin valoración de Cuestionario de Salud, siempre que el parto o cesárea haya sido cubierto por ASISA y la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento. Para las altas solicitadas fuera del expresado período, así como para los nacidos en partos o cesáreas no cubiertos por la Entidad será exigible Cuestionario de Salud, con valoración del riesgo y posibilidad de no aceptación de la contratación, y aplicación de los períodos de carencia establecidos en las Condiciones Generales que resulten de aplicación para cada seguro.
- c) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento del asegurado, la Entidad solo podrá resolver el contrato cuando la verdadera edad de aquel, a la fecha de inicio del mismo, excediere de los límites de admisión establecidos por el Asegurador en el momento de contratación. Si no excediera de los citados límites, la Entidad queda facultada para regularizar la diferencia entre el importe abonado por el Tomador y el que éste debería haber abonado en caso de haber declarado la edad correcta del asegurado en el momento de contratación.
- d) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin indicación de los motivos y sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma del contrato o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma del contrato, mediante comunicación escrita a la Entidad en este sentido.

NOVENA: FACULTADES DEL ASEGURADOR

- a) Cuando ASISA tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador/Asegurado del seguro en el Cuestionario de Salud podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento.
- b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora efectúe la comunicación a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

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

- 1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - a) En caso de reserva o inexactitud por parte del Tomador o, en su caso, del Asegurado, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el cuestionario de salud) antes de la suscripción del contrato, siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).
 - b) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima o fracción de la misma, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
 - c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
- 2. Si se hubiera practicado reconocimiento previo o se hubiera reconocido plenitud de derechos, el con-

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

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

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

DECIMOPRIMERA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalado en el contrato. Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

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

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

DECIMOSEGUNDA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

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, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº. 12, 28027 MADRID, sac@asisa.es, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa aplicable, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, para lo cual tienen a su disposición, un modelo de reclamación, en las oficinas de la Entidad Aseguradora y en la página web de la Entidad (www.asisa.es). 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).

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

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



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

DECIMOTERCERA: ÁMBITO DEL SEGURO

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

DECIMOCUARTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de sus datos personales.

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

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

2. Tratamiento de los datos personales.

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

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

3. Finalidad del tratamiento de los datos personales.

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

Adicionalmente, ASISA está amparada por el interés legítimo para:

- Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.
- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos y/o servicios propios de la entidad que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si no desea recibir publicidad por medios electrónicos, el asegurado podrá dirigirse a la dirección postal DPO@grupoasisa.com.
- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas y de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.

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

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

- Realizar el análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea en el proceso de la solicitud del seguro o durante la vigencia del contrato en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.
- Cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

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

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

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

4. Legitimación para el tratamiento de los datos personales.

La base para el tratamiento de los datos personales del asegurado se encuentra:

- En la ejecución del contrato para la prestación de asistencia sanitaria al asegurado por parte de ASISA, en base a lo dispuesto en el contrato de seguro que le vincula con dicho asegurado.
- En el cumplimiento de obligaciones legales para cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.
- En el interés legítimo para enviarte ofertas y promociones personalizadas, así como para prevenir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA respecto a clientes y exclientes y con fines administrativos internos.
- En su consentimiento para comunicar datos a otras empresas de las que recibirás ofertas y promociones personalizadas y para poder ofrecerte publicidad de productos y servicios de terceras empresas.

5. Destinatarios de los datos personales.

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

- Dirección General de Seguros, Organismos y Administraciones Públicas.
- Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en la presente Póliza.
- Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA que puede consultar en su sitio web www.asisa.es.
- Entidades financieras para la gestión de cobros y pagos.



- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) para la inclusión de sus datos personales, en caso de considerarse necesario, en su fichero común de prevención del fraude.
- Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.
- En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA compartirá su información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.grupoasisa.com/>.

6. Tiempo de conservación de los datos personales

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

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

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

7. Derechos en relación al tratamiento de los datos personales.

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

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

Asimismo, también en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA. En ese caso, ASISA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurren motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

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

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

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

En ambos supuestos, se exigirá acreditar la identidad de la persona que ejerce sus derechos mediante el envío de copia de su DNI, NIE, Pasaporte o documento equivalente, por las dos caras.

ASISA facilitará la información solicitada en el plazo máximo de un mes a partir de la recepción de la

solicitud. Dicho plazo podrá prorrogarse otros dos meses en caso necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes.

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

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

DECIMOQUINTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

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

a) ONCOLÓGICAS**Diagnóstico:**

Caracterización del nódulo pulmonar solitario.

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

Caracterización de una masa pancreática.

Estadificación:

Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.

Cáncer de pulmón primario.

Cáncer de mama localmente avanzado.

Cáncer de esófago.

Carcinoma de páncreas.

Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.

Linfoma maligno.

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

Monitorización de la respuesta al tratamiento:

Linfoma maligno.

Tumores de cabeza y cuello.

Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

Gliomas con alto grado de malignidad (grados III o IV).

Tumores de cabeza y cuello.

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

Cáncer de pulmón primario.

Cáncer de mama.

Carcinoma de páncreas.

Cáncer colorrectal.

Cáncer de ovario.

Linfoma maligno.

Melanoma maligno.

b) CARDIACAS

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

c) NEUROLÓGICAS

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

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y CONSULTA CON EXPERTOS INTERNACIONALES

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

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

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

Para acceder al servicio de Segunda Opinión, el asegurado deberá llamar al teléfono 91 075 71 95, donde le indicarán la documentación (pruebas e informes médicos) relativa al primer diagnóstico establecido que deberá enviar a la dirección que le faciliten, junto con el cuestionario que deberá cumplimentar al efecto.

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

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

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

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

a) ORIENTACIÓN MÉDICA

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

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

b) SERVICIO DE AYUDA PSICOEMOCIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES GRAVES

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

El servicio consistirá en un máximo de 5 sesiones telefónicas.

ANEXO III**MEDICINA PREVENTIVA**

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

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

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

- En la prevención del cáncer de mama se recomienda la realización de una mamografía cada 2 años en mujeres mayores de 50 años (el Ginecólogo, no obstante, indicará a la asegurada con qué frecuencia debe realizarse esta exploración en su caso).
- Para la prevención del cáncer de cuello uterino (cáncer de cérvix) se recomienda realizar una citología cérvico-vaginal de Papanicolaou en mujeres de 25 a 65 años. Al principio, con periodicidad anual, y después, cada 3-5 años, según las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas. En función de sus características particulares, el ginecólogo del Cuadro Médico de ASISA puede indicar esta exploración con mayor o menor frecuencia de la señalada. Estas recomendaciones no son de aplicación en mujeres que no han tenido relaciones sexuales o a quienes se les haya practicado una histerectomía total.

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

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

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

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

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

ANEXO IV

ASISTENCIA EN VIAJE

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

ASEGURADO

La persona física residente en España sobre la cual recae el seguro 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

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

ENFERMEDAD GRAVE

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

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo, **excepto en Irán, Corea del Norte, Siria, Crimea y Venezuela.**

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.

ÁMBITO TEMPORAL

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

PRESTACIONES 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 14.000 Euros, por asegurado y viaje**, los gastos enumerados a continuación:

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

Para que tales gastos puedan ser susceptibles de reembolso, 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 el presente contrato, 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 por el presente contrato, 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 el contrato de seguro, 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 consecuentes 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.**

22. Gastos de comunicación

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

EXCLUSIONES

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 dolencias previas o crónicas, padecidas por el asegurado con anterioridad a la firma del Contrato de seguro de asistencia sanitaria, 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.- La participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

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

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

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

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

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

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

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

13.- Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. 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 al número anterior indicando: nombre y apellidos, nº contrato de seguro 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.**

Para el reembolso de cualquier gasto podrá dirigirse a <https://asisa.eclaims.europassistance.com>, donde podrá acceder a "Tramitaciones On Line" para crear su propia solicitud de reembolso y hacer el seguimiento del trámite, o al apartado de correos 36316 (28020 Madrid). **En todos los casos será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales.**

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 adelanta 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.

General Conditions

Asisa Salud



ASISA SALUD GENERAL CONDITIONS

PRELIMINARY CLAUSE

This insurance contract is governed by the provisions of the following regulations: Law 50/1980, October 8, Insurance Contracts; Law 20/2015, July 14, Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Companies; Royal Decree 1060/2015, November 20, Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Companies and Law 22/2007, July 11, Distance marketing of financial services for consumers, as well as other applicable Spanish legislation.

The following documentation is an integral part of the contract: Insurance Application, Health Questionnaire, General Conditions, Particular Conditions, Special Conditions (if applicable), plus their Annexes, Appendices and Supplements. **The limiting clauses on the rights of the insured that have been expressly accepted by the Policyholder will apply.** Simple transcripts or references to mandatory legal precepts will not require this acceptance.

The Spanish State, through the General Directorate of Insurance and Pension Funds, is responsible for the control and supervision of the insurance business of ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.

DEFINITIONS

The following definitions will be understood for the purposes of this contract:

Accident: A bodily injury due to a violent, sudden, external cause beyond the intention of the Insured.

Insured: The natural person for whom the insurance applies.

Insurer: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U, which assumes the contractually agreed risk. The Insurer is also referred to as the Company in this document.

Insurance Contract (Policy): The document that contains the conditions governing the Insurance. The following form an integral part of it: Insurance Application; Health Questionnaire; General conditions; Particular Conditions, which individualise or specify the risk that is insured; Special Conditions (if applicable); Supplements, Annexes or Appendices that are issued to complement or modify it.

Co-payment: The Insured's participation in the Cost of the Services or Amount the Policyholder has to pay to the Insurer towards the cost of each health service used by the Insured. This amount varies according to the different kinds of healthcare services or acts and medical specialities; this may change at each annual contract renewal, following communication by the Company beforehand.

Medical Panel/List of Doctors and Services: Approved list of professionals and health establishments available for the contracted insurance product, organised by province, which the Company makes available to the insured through its offices, at www.asisa.es and the Asisa app .

The information regarding the health providers listed in the Medical Panel may vary so, before requesting and providing services, it should be checked that the health professional or centre is approved by ASISA; in the event of any problem, the Company can be consulted through the different information channels available.

The policyholder and insured are informed, and should assume, that the professionals and health centres that are part of the Medical Panel will act with full independence of criteria, autonomy and have exclusive responsibility in the field of healthcare that is their own.

Health Questionnaire: A complete and truthful statement that must be given by the Policyholder or In-



sured before entering into the insurance contract, so that ASISA can properly assess the risk to be insured. If any information in this document is inaccurate or withheld from it, the Company is empowered to terminate the contract, at whatever time of validity it has remaining, and will be released from the payment of any benefit, even if authorisation for its provision had already been provided.

Previous or pre-existing illness/disease: Circumstance related to the state or health condition, not necessarily pathological, suffered by the insured before taking out (effective incorporation to) the contract.

Fraud: Action or omission committed as fraud or deception with the intention of causing damage or obtaining a benefit for the interests of a third party.

Address of the Policyholder and Insured: The person specified in the Particular Conditions.

Illness: Any alteration to the insured's health not caused by an accident, diagnosed by a doctor, which requires the provision of healthcare.

Hospital: Establishment dedicated to the continuous, 24 hours a day care of the sick and injured by medical and nursing staff with the appropriate resources for this.

Day hospital: Hospital centre for medical and surgical procedures, with or without anaesthesia, with a registered stay for the patient of less than 24 hours.

Hospitalisation The insured being kept in a Hospital for a minimum of 24 hours.

Waiting Period: Time during which some of the benefits established in the contract coverage are not covered. The established Waiting Periods are calculated from the contract start date or the registration date for a new insured person.

Insurance period: The time from the insurance contract/new insured registration start date to its termination (expiry), or the time between each extension.

Benefit: Assistance coverage due to the occurrence of a claim in the manner established in these General Conditions.

Premium: The cost of the Insurance. The Premium will also include legally applicable surcharges and taxes.

Claim: Occurrence of a circumstance provided for in the contract which gives rise to the Insurer's obligation to provide the Insured with assistance within the scope established.

Health Card: A document issued by ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., which is delivered to each insured to demonstrate personal and non-transferable entitlement to receive the services covered by the insurance contract.

Policyholder (contracting party): The physical or legal person who signs this contract with the Insurer, and to whom the obligations derived from it correspond, except for those that must be fulfilled by the Insured due to their nature.

Emergency: A situation requiring healthcare without delay, due to the pathology or symptoms.

Sudden emergency: Occurrence of a sudden, abrupt pathology whose nature and symptoms involve an imminent or very close risk to the life of the insured, or irreparable damage to his physical integrity if immediate therapeutic action is not carried out.

CONDITIONS

FIRST: INSURANCE PURPOSE AND LIMIT

This is a health insurance contract for healthcare to be given by the Company's Medical Panel/List of Doctors.

Thus, after signing and paying the Premium for it, the insurer will provide the Insured, within the limits and conditions stipulated in the contract and nationally, with a wide range of duly authorised professionals, centres and health services, from which the Insured may request healthcare in the specialities and modalities included in the insurance coverage, **provided that they are resources or techniques recognised by the usual medical practice at the time of signing this contract.**

The Company reserves the right to include treatment techniques and diagnostic resources already in use at the time of contracting and/or covered in it, as well as new ones that may arise in medical practice, after informing the policyholder or contractor at each contract renewal; this may impact on the insurance premium to be paid. **Consequently, those benefits whose incorporation has not been expressly communicated by the Company may not be considered included in the coverage of this insurance contract.**

Provided the provisions of this contract are met, the Company will be directly responsible for the cost of the care the aforementioned approved professionals, centres and health services provide for the insured, who must use the means of identification/payment that the Company indicates. **In no case may optional compensation be granted in substitution of the provision of health care services included in the contract.**

The Insurance Company assumes the necessary urgent assistance during the contract, in accordance with the provisions of its conditions, as provided for in article 103 of the Insurance Contract Law: to be provided by the resources authorised by the Company at all times, according to the Medical Panel applicable for this insurance product.

SECOND: INSURED BENEFITS DESCRIPTION

To make use of for the benefits insured under this health care insurance contract, the Company has a Medical Panel available for the Insured, which provides the Emergency Services, list of doctors of different specialities, nurses, other health professionals and authorised health centres within the respective province.

1. Emergency Service

ASISA has an Emergency Coordination Centre for the whole of Spain, operating 24 hours a day, every day of the year, via the free telephone number 900 900 118, offering a comprehensive emergency care service. This provides emergency care and information about emergencies throughout the national territory (telephone medical consultations; medical, paediatric and nursing visits at home in provincial capitals and large municipalities; emergency ambulances and information on emergencies and authorised hospitals).

Additionally, in each provincial capital and in other large municipalities, the Company provides the insured with a home emergency service twenty-four hours a day, as well as a permanent hospital emergency service in authorised centres.

The Medical Panel provided for the Insured via different means (Provincial Offices, ASISA website (www.asisa.es), mobile app and other available information channels) contains the telephone numbers to request any service and the centres where you must go in an emergency.

2. Primary care: General and Family Medicine, Paediatrics and Nursing. 2.1 2.1 General and Family Medicine

This includes medical care in consultation, on request and scheduled, as well as for the indication or prescription of basic diagnostic and therapeutic procedures (analytical and general radiology).

Care may be provided either in consultation or at the insured's home (whenever possible), when circumstances require, in the opinion of the doctor, and for **those patients who cannot move due to their pathology.**

2.2 Paediatrics

This includes medical care in consultation, on request and scheduled, as well as for the indication or prescription of basic diagnostic and therapeutic procedures (analytical and general radiology) for children up to and including 14 years of age.

Care may be provided either in consultation or at the insured's home (whenever possible), when circumstances require, in the opinion of the doctor, and for **those patients who cannot move due to their pathology**.

Newborns will be entitled to this medical care, in consultation or at home, charged to the insurance contract of the insured mother, **for up to the first 30 days of life**. To be applicable for the care, they must be insured by the Company within the stated period.

2.3 Nursing

This will be provided either in consultation or at the insured's home (whenever possible), when circumstances require for **those patients who cannot move due to their pathology**. In all cases, a prescription is required beforehand from a doctor on the ASISA Physicians List who is treating the patient, with an indication of the treatment and its duration.

3. Specialist Medicine

Medical speciality consultation: The Insured can freely choose the Specialist Doctor for the following specialities from among those listed in the Medical Panel:

- Allergology
- Anaesthesiology and Resuscitation
- Angiology and Vascular surgery
- Digestive system
- Cardiology
- Cardiovascular surgery
- General and Digestive system surgery. Proctology
- Oral and Maxillofacial Surgery
- Orthopaedic surgery and Traumatology
- Paediatric surgery
- Plastic and Reconstructive Surgery
- Thoracic surgery
- Medical-Surgical Dermatology and Venereology
- Endocrinology and Nutrition
- Stomatology and Dentistry
- Geriatrics
- Haematology and Hemotherapy
- Physical medicine and Rehabilitation
- Internal medicine
- Nuclear medicine

- Nephrology
- Pneumology
- Neurosurgery
- Clinical Neurophysiology
- Neurology
- Obstetrics and Gynaecology
- Ophthalmology
- Medical Oncology
- Radiotherapy Oncology
- Otorhinolaryngology
- Psychiatry
- Rheumatology
- Urology

If the Company has no professionals of a speciality in a particular province, the Insured may make use of this service through the Company's Medical Panel in any other province where such a speciality exists, **but will have to pay for all travel expenses.**

4. Diagnostic resources

The use of diagnostic resources always require a written prescription from a medical specialist in the field from the Company's Medical Panel/Doctor's List. In addition, they must be used only by a doctor or centre arranged by ASISA for the specific case.

For those services marked with an asterisk (*) in this section, prior, express authorisation from the Company is also required and a 6-month waiting period is established.

The following are considered examples of diagnostic resources:

Clinical analysis: Haematology, biochemistry, bacteriology and immunology, cytology and karyotypes.*

Genetic studies*: Only when their purpose is to diagnose a certain disease, in accordance with the corresponding protocols and clinical guidelines for affected patients who have signs or symptoms of it.

Also included are genetic studies to identify therapeutic targets in neoplastic processes*, **whose determination is required in the anti-tumour drug technical file prepared by the corresponding health authority.**

The Oncotype® and MammaPrint® genomic platforms for breast cancer are also covered*, **as long as they respond to the recommendations established for each. A prescription and report by a specialist in Medical Oncology from the ASISA Medical Panel is required, with the requested platform being stated (only Oncotype® or MammaPrint®), as well as prior, express authorisation from the Company.**

Also included is the prenatal study of foetal DNA in maternal blood*, **exclusively for the detection of foetal aneuploidies of chromosomes , 13, 18 and 21 and abnormalities of the sex chromosomes, when indicated according to the risk indices established at any time by the Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics. In addition to the prescription a report from the prescriber is also required.**

Genetic studies for identification of carriers, pre-symptomatic studies or those for genetic counselling; family, genealogical, parentage or identification studies; prenatal genetic diagnosis studies (except foetal DNA in maternal blood in the conditions indicated above) or those for pre-implantation genetic diagnosis are not covered.



The genetic studies that are covered by this contract always require a prescription and report by an ASISA Medical Panel specialist, as well as prior, express authorisation from the Company, with a 6-month waiting period being established in all cases.

Pathological anatomy. This includes General anatomopathological studies (biopsies, cytology and immunohistochemical studies) and the genetic (molecular) studies* essential for the diagnosis of certain diseases in affected, symptomatic patients and for the identification of therapeutic targets, **under the conditions and within the limits and exclusions detailed in the Genetic Studies section.**

Necropsies or autopsies are not covered.

Diagnosing by Imaging and Nuclear Medicine: Conventional radiology, diagnostic interventional or vascular Radiology(*), ultrasound, Doppler ultrasound, hepatic elastography, mammography, CT or CAT (*) (Computerised Axial Tomography scan) **(excludes CAT spectroscopy)**, M.R.I. Nuclear Magnetic Resonance (NMR) (*), bone densitometry, scintigraphic studies(*), SPECT(*) and SPECT-CT(*), P.E.T. (Positron Emission Tomography)=PET, =PET-CT (*) **(exclusively for oncological, cardiac and neurological pathologies in which the FDG marker is approved by the Spanish Agency of Medicines and Health Devices, according to its technical sheet), included in Annex I of these General Conditions(*)**. PET-MRI is not covered.

Circulatory system: Electro and Phonocardiogram, Echocardiogram, Doppler ultrasound, Catheterisation*, Holter monitor (ECG and BP; **implantable Holters are not covered**), ergometry and Cardiac Electrophysiological studies*.

Digestive system: Endoscopy, capsule endoscopy scans (*) **(only for diagnosis of gastrointestinal or intestinal bleeding of unknown or hidden origin).**

Clinical Neurophysiology: Electroencephalography, Echoencephalography, Electronystagmography, Electromyography, Electroretinography, Electroneurography. Polysomnographic studies **for sleep apnoea/hypopnoea syndrome (OSAHS), respiratory pathology and neuromuscular diseases, narcolepsy and other hypersomnias and seizures or epilepsy*.**

Obstetrics and Gynaecology: Diagnostic Laparoscopy*, Diagnostic Hysteroscopy*, Ultrasound, Foetal Monitoring, Amniocentesis*, Karyotype tests*. Pregnancy control, including triple screening, as well as non-invasive prenatal screening by prenatal study of foetal DNA in maternal blood (*), **exclusively for the detection of foetal aneuploidies of chromosomes, 13, 18 and 21 and abnormalities of the sex chromosomes, when indicated according to the risk indices established by the Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics.**

Ophthalmology: Retinography, Angiofluoresceinography, Optical Coherence Tomography (OCT), Campimetry, Ultrasound.

Otorhinolaryngology: Direct and indirect laryngoscopy, diagnostic tests for vestibular pathology (electronystagmography, videonystagmography) (*), auditory evoked potentials and otoacoustic emissions.

Urology: Urethrocytostcopy, Cystoscopy, Ureteroscopy, Uroflowmetry, Urodynamic Studies.

Prostate biopsy by image fusion is included, **provided there is a high clinical suspicion of prostate cancer, accredited by a medical report with PSA values and their rate of increase, after having had an earlier conventional or ultrasound-guided biopsy performed in the previous year with a negative result.**

5. - Special Treatment Techniques.

All special treatment techniques require a written prescription from a medical specialist in the field on the ASISA Medical Panel/Doctor's List. **In addition, they must be performed only by a doctor or centre authorised by ASISA for the specific case.**

In addition, in all cases, express prior authorisation is required by the Company and a waiting period of 6 months is established.

These services include:

Aerosols, Ventilation Therapy and Oxygen Therapy at home using a single source of oxygen (the medication will be at the Insured's expense). Home treatments using CPAP or BiPAP (mechanical devices that provide positive pressure in the upper airways) are included **for Obstructive Sleep Apnoea-Hypopnoea Syndrome, as well as for Respiratory insufficiency and COPD.** Titration polysomnography is also included to adjust the device.

Circulatory system.- Cardiac catheterisation with or without angioplasty; therapeutic cardiac electrophysiological study (ablation of AV conduction, accessory pathways and ventricular tachycardias). **Ablation or isolation of pulmonary veins is not covered.**

Oncological surgery of the breast.- Breast Reconstruction will be covered (**exclusively after mastectomy due to neoplasia**), including expanders and breast prostheses, if necessary, as well as DIEP or TRAM flap techniques. In these cases, contralateral breast symmetrisation is also covered, **provided it is carried out at the same time as the reconstruction of the breast affected by the neoplasm, or within 6 months of this, at most.**

Laser Surgery.- For Otorhinolaryngology, Gynaecology, Proctology (for Haemorrhoids, anal and perianal fistulas and fissures, condylomas and rectal polyps) and Ophthalmology (photocoagulation in retinal pathologies) and laser treatment of Glaucoma), therapeutic laser bronchoscopy and laser lithofragmentation by ureteroscopy. Greenlight (KTP and HPS), diode, holmium and thulium lasers are included for the treatment of benign prostatic hyperplasia. Endoluminal treatment of varicose veins by laser, radiofrequency and microfoam is also covered, **exclusively in processes with symptomatic clinical venous insufficiency (CEAP grade C3 or higher), with treatment for aesthetic reasons not being covered.**

Extracorporeal lithotripsy.- For the treatment of renal lithiasis. **The treatment of gallstones is not covered.**

Nuclear medicine.- **The medication will be charged to the insured,** except when treatment is performed during hospitalisation.

Neurophysiological monitoring: This will be covered **only in surgeries when a risk to nerve structures is clearly identified during surgery.**

Neuronavigation: This will be covered **only for brain and major spine deformity surgery.**

Oncology.- Chemotherapy (includes antineoplastic cancer chemotherapy and immunotherapy drugs used in intravenous or intravesical chemotherapy administered in Oncology Units on a day hospital basis; **special forms of chemotherapy are not covered (such as Intraoperative or Intraperitoneal Chemotherapy)**, Radiotherapy, including Intensity Modulated Radiotherapy, as well as Brachytherapy **for the treatment of prostate, gynaecological, genital and breast cancer.** Stereotactic Radiosurgery is included **exclusively for tumours located in the central nervous system (not covered are Stereotactic Radiosurgery for other pathologies, Radiosurgery with Gamma Knife or CyberKnife, Tomotherapy, Intraoperative Radiotherapy and Proton Therapy, as well as other special forms of radiotherapy).**

Therapeutic Interventional Radiology.-

Rehabilitation: Outpatient physiotherapy treatments are covered **for pathologies of the locomotor system with recoverable functional deficit until the injuries are stabilised.** It includes Physiotherapy, Electrotherapy, Kinesitherapy, Magnetotherapy, Laser therapy, as well as shock wave treatments for the following osteotendinous injuries: degenerative tendinopathies, tendinosis, osteonecrosis, pseudoarthrosis, osteochondritis and calcifications.

The following are also covered:

- Pelvic floor rehabilitation.
- Vestibular rehabilitation.



- Cardiac rehabilitation.
- Lymphatic drainage, **only in the event of alterations caused by oncological processes and treatment.**
- In Speech Therapy/Phoniatrics, **exclusively covered are the treatment of recoverable speech pathologies, derived from organic processes, until the stabilisation of the process. Treatments for learning disorders, dyslexia, dysgraphia and dyscalculia are not covered.**
- Orthoptic and Pleoptic treatments are included.

Dialysis. - Haemodialysis and peritoneal dialysis, **for acute or chronic kidney failure.**

Pain treatment.- Implantable pumps for drug infusion and electrodes and devices for brain or spinal cord stimulation are not covered.

6. Other services

6.1 Podiatry:

The Podiatry service, which includes consultation and/or podiatric treatment (chiroprody), is provided only under consultation, **with a limit of 12 sessions per year.** The biomechanical study of gait is also covered.

6.2 Psychotherapy:

For the treatment of mental health diseases of a temporary nature and psychological origin (pathologies related to adaptation, stress, temporary depressive conditions, behaviour, anorexia and bulimias). **They require a prior prescription and report by a specialist in psychiatry from the Company's Medical Panel, as well as express prior authorisation from him for a professional or authorised centre.**

The maximum number of sessions covered by the Company is 20 per insurance year for all pathologies covered by this benefit, except for eating disorders, anorexia and bulimia, which have a limit of 40 sessions per insurance year. Coverage is also included for the treatment of psychological disorders caused by bullying, cyberbullying and gender violence, **with a limit of 40 sessions per insurance year.**

Psychological and neuropsychological tests, psychopedagogy, group or couple psychotherapy, psychoanalysis and psychoanalytic therapies, outpatient treatment of narcolepsy or hypnosis are not covered by the Company.

A Waiting Period of 6 months is established.

6.3 Family Planning:

Includes consultation, vasectomy, tubal ligation and IUD implantation, including the cost of the device (**hormonal IUDs are not covered**). Diagnostic study of the causes of sterility or infertility (serological and hormonal studies, karyotype, as well as hysterosalpingography in women and spermiogram tests in men).

A Waiting Period of 6 months is established.

6.4 Preparation for childbirth:

Through courses that include theoretical and practical training, with physical exercises, relaxation techniques, expulsion and simulation of the period of dilation and childbirth.

A prescription is required from a specialist in Obstetrics and Gynaecology from the Company's Medical Panel.

6.5 Stomatology and Dentistry:

In addition to consultations and check-ups, dental extractions, mouth cleaning (tartrectomy) and descaling are included, as well as dental radiology for these treatments and fluoridations for children under 6 years of age.

6.6 Second Opinion

The Insured will have the right to the provision of a Second Medical Opinion for certain pathologies and clinical conditions that appear in Annex II of these General Conditions, which also includes the form of access to it.

6.7 Preventive medicine

Includes programmes in Paediatrics, Gynaecology, Cardiology, Urology and the Digestive System in accordance with the generally accepted recommendations, which appear in Annex III of these General Conditions.

6.8 Virtual Doctor

This service is available to the insured in the private area of the asisa website (www.asisa.es) or app for mobile devices, and consists of a medical Panel that attends, reports on and informs the insured about possible queries regarding any pathology or health problem.

7.- Hospitalisation (including by Day)

This will occur only in hospitals arranged by the Company. It will include a single room with a bed for a companion, **unless this is clearly impossible or for psychiatric or neonatal hospitalisation cases or for the Intensive Care Unit.** In addition to room and board services for the patient, additional diagnostic examinations, required therapy, medication, transfusions and possible surgical treatment will be covered, including operating room expenses, medication and anaesthesia; **this is all in accordance with the General and Particular Conditions of the insurance.**

An appropriate prescription prepared by the physician responsible for treating the insured is essential; this person must be a medical specialist in the field, listed on the Medical Panel and expressly authorised by the Company beforehand. The prescription must include the reason for hospitalisation and the operation or care to be performed, with a forecast of the time required. The doctor's order must be referred to a Centre approved by the Company and the reason for hospitalisation must be included in the services covered by the contract.

If hospitalisation is required urgently, a written prescription from the Medical Panel doctor or the Centre's admission report will suffice. **However, the Insured, or his relatives, where appropriate, must inform the Company of this situation within 7 days, and obtain the corresponding authorisation to bind the Insurer financially.**

If these requirements are not met, the Company will not authorise any hospitalisation, take charge of any health benefit or assume any other financial obligation, directly or indirectly related to the cause of admission.

There is no limit to hospitalisation time **(except as provided for in each case), which will depend on the technical need to prolong the stay, according to the criteria of the responsible doctor from the ASISA Medical Panel of Doctors.** However, hospitalisation authorisations will have the time limit recorded on the written forecast by the doctor ordering admission, or according to statistical procedural averages as estimated by the Company. To prolong the hospital stay, the appropriate request must be processed, and a new report from the doctor in charge provided, to include the reasons for the prolongation and an estimate of the extra time required.

Under no circumstances will non-medical reasons, such as social problems (e.g. difficulties with family care at home or absence of relatives) be accepted as reasons for staying.

Expenses derived from hospitalisation in a non-subsidised centre (private or public) are not covered, even if prescribed by professionals on the ASISA Medical Panel, unless they are due to a sudden emergency. In these cases, the insured or his relatives, as appropriate, must inform the Company and pro-



vide proof of this situation within 7 days. The Hospitalisation must be in the centre closest to the place where the Emergency situation occurs. The insured must be transferred to an authorised Centre, after prior coordination with ASISA, once the medical situation allows.

Hospitalisation coverage includes:

- **Hospitalisation for maternity:** attendance at childbirth or caesarean section and puerperium, with an Obstetrician and Midwife belonging to the ASISA Medical Panel. This also includes anaesthesia in normal deliveries.
- **Paediatric hospitalisation: For children only up to 14 years old, inclusive.**
 - * Attention for the newborn from the moment of delivery, at the indication of the Paediatrician.
 - * Hospitalisation for medical or surgical reasons in the Company's authorised centre is also included, including admission of the newborn (e.g. to neonatology or incubation) if necessary. When the child's age and the Centre allow it, the patient may be accompanied.

As long as the delivery/caesarean section has been covered by ASISA, the hospitalisation of the newborn will be covered by the mother's insurance contract, up to a maximum of 30 days from the date of birth; for continuity of care by the Company, the newborn must be discharged from ASISA within the aforementioned period, as provided for in section (b) of the Eighth General Condition.

Hospitalisation for surgical reasons. In addition to surgical operation expenses, it also includes the pre-operative study, visits and cures in the immediate postoperative period, as well as the prostheses or implants expressly included in point 10 of this Second condition.

- **Hospitalisation for medical reasons** (not requiring surgery):

For treatment and procedures that cannot be supplied at home or on an outpatient basis with the proper techniques, and thus require hospitalisation, in the opinion of the Medical Panel specialist.

- **Psychiatric Hospitalisation: For the treatment of patients with acute or chronic psychiatric problems that have become acute and are recoverable.**

A companion bed is not included in these cases. A limit of 50 days of Hospitalisation per insurance annuity is established.

- **Hospitalisation in specialist units**, such as for Surveillance in an Intensive Care Unit (ICU) or for a Coronary Unit. **A companion bed is not included in these cases.**
- **Day hospital:** Hospital assistance for medical and surgical procedures, with or without anaesthesia, with a registered stay for the patient of less than 24 hours.

The Day Hospital regime for medical or psychiatric treatment **does not cover medication, except for antineoplastic cancer chemotherapy medication, with cytostatics or other medications, and intravenous or intravesical treatment in Oncology units.**

An appropriate prescription prepared by the physician responsible for treating the insured is essential; this person must be a medical specialist in the field, listed on the Medical Panel and expressly authorised by the Company beforehand. The prescription must include the reason for the care to be carried out. The doctor's order must be referred to a Centre approved by the Company and the reason must be included in the services covered by the contract.

A Waiting Period of 8 months is established for this coverage (Hospitalisation, including by Day).

8.- Day surgery

This includes any diagnostic or therapeutic intervention prescribed and carried out by a specialist doctor in the field belonging to the Company's Medical Panel in an authorised centre, which normally requires a same day surgery unit.

For this type of surgery, a Waiting Period of 6 months is established. It requires a prior prescription and express authorisation by the Company.

9. Patient transfer (Ambulance)

Transfers by authorised ambulance covered by the insurance will be those conducted within the national territory, from the home or place where the insured is located to the authorised centre where the care services they need and which are covered will be provided and from the centre to the insured's home after completion of the care, **provided that an Company staff doctor prescribes this in writing and there are special circumstances that make it physically impossible for the insured to use ordinary transport services (public services, taxi or private vehicle).**

Transfers using transport other than ambulances (e.g. medical planes, trains, ships or helicopter) or those made by non-contracted means, including public services, are not covered under any circumstances.

10.- Prosthetics and Implants

The Company, with prior express authorisation, covers prescription, implantation and material expenses exclusively for the internal surgical prostheses and surgical implants detailed below:

- Internal skeletal prostheses and material for osteosynthesis **(excluding implants made up of natural bone or substitutes for it, except for bone grafts, biological ligaments and osteotendinous grafts, provided that they are necessary for a surgical intervention previously authorised by the Company and are requested from authorised national storage banks of bone and tissue).**
- Heart valve prostheses **(except transcatheter, transapical or percutaneous valve prostheses of any type: TAVI and others);** by pass type vascular prostheses, endoprostheses of the aorta and its branches, aortic valve conduits in cases of aortic valve pathology and coronary stents.
- Single-chamber and dual-chamber pacemakers **(devices for cardiac resynchronisation and atrial stimulation are not covered, nor, in general, are any type of implantable Holter, implantable automatic defibrillator or ICD).**
- Breast prostheses including expanders **(exclusively after mastectomy for neoplasms).**
- Monofocal intraocular lenses for the treatment of cataracts. **Bifocal, multifocal, toric or refractive error correcting lenses of any kind are not covered).**
- Synthetic abdominal or thoracic wall meshes **(biological meshes are not covered).**
- Biliary prostheses.
- Coils for embolisations.
- CSF diversion systems for hydrocephalus.
- Testicular prostheses.
- Reservoirs for the administration of oncological drugs or pain treatment (Port-a-Cath® type).

Any other expense related to the prescription, implantation or prosthetic product or material for internal surgical implantation or for external use, or any non-autologous active, synthetic or biological implantable product, material or substance, not included in the aforementioned covered items, will be borne by the insured. Platelet growth factors or any kind of stem cell treatment are not covered.

Prostheses included in the previous sections that incorporate technical modifications, in terms of the design and/or type of device, components, the material used, or the implantation methods or energy sources are not covered. Also not covered are active implants for general use until the time of contracting, unless they are incorporated into this insurance contract coverage, following express communication by the Insurance Company.



11.- Transplants

Expenses derived from performing bone marrow (both autologous and heterologous) and cornea transplants (**the cost of the cornea being paid for by the Insured**) are covered by the Company.

Obtaining and transplanting organs can be carried out only in accordance with the provisions of current health legislation. The Company will in no case assume the management of obtaining the organ or tissue to be transplanted, the management of obtaining the cornea or donor bone marrow which will be paid for by the insured.

No other type of organ, tissue or cell transplant are covered.

A prescription is required from a specialist in the field from the ASISA Medical Panel, as well as express, prior authorisation from the Company.

A Waiting Period of 8 months is established.

12. Occupational Accidents and Obligatory Motor Vehicle Insurance

This includes healthcare following occupational and professional accidents and those covered by the Mandatory Motor Vehicle Insurance, unless expressly excluded in the Particular Conditions.

13. Travel Assistance

The Insured with residence in Spain will have Travel Assistance coverage **in accordance with the conditions appearing in Annex IV of these General Conditions.**

THIRD: EXCLUDED BENEFITS

In addition to those specifically established in each case, the following benefits are excluded from this insurance coverage:

- 1. Those produced by events derived from armed conflicts or terrorism, whether or not preceded by an official declaration of war, as well as officially declared epidemics or pandemics.**
- 2. Those directly or indirectly related to explosions or chemical, biological, nuclear or radioactive contamination, which must be covered by civil liability insurance for nuclear damage.**
- 3. Those produced by extraordinary or catastrophic events, such as floods, tornadoes, hurricanes, typhoons, earthquakes or landslides.**
- 4. Care derived from the attention for pathologies, situations or processes prior to contracting the insurance or those present at the time it was taken out, which were known and not declared in the questionnaire the Insured has to complete; as well as their sequelae, evolutionary outbreaks and complications.**
- 5. Care derived from the attention for pathologies caused by participation of the Insured in professional activities or sports that involve high danger, either as a professional or an amateur, such as: underground, underwater or aerial activities; those with motor vehicles or boats; boxing, martial arts, bullfighting, climbing, mountaineering, canyoning, bungee jumping or any other of a similar nature.**
- 6. Care derived from chronic alcoholism, drug addiction, intoxications due to alcohol abuse, psychotropic drugs (unless prescribed by a doctor), narcotic drugs or hallucinogens.**
- 7. Plastic surgery for aesthetic reasons, as well as any diagnostic or therapeutic technique performed for aesthetic or cosmetic purposes. Sex change surgery. Bariatric Surgery (surgical treatment of obesity or metabolism control). Robotic Surgery (with a Da Vinci robot or any other device).**
- 8. Preventive Medicine (except that included in Annex III of these Conditions), health checks or ex-**

aminations and genetic studies; except for the cases expressly included in point 4 (Diagnostic Resources) of the Second Condition of these General conditions.

9. Homeopathy, organometry and acupuncture; as well as experimental diagnostic or treatment techniques or those not recognised by medical science or carried out for clinical trials of any kind.
 10. Fillings, dental prostheses, dental implants, periodontal treatments, orthodontics and endodontics; as well as previous diagnostic tests or studies related to these treatments and any diagnostic technique or treatment for aesthetic or cosmetic purposes.
 11. In Psychiatry and Neuropsychiatry, psychological tests and psychoanalysis treatments or techniques, psychotherapy (except for that established in the provision of psychotherapy in point 6.2 of the Second General Condition), hypnosis, sophrology, neuropsychological or neurorehabilitation treatments and outpatient treatment of narcolepsy.
 12. In obstetrics and gynaecology: infertility treatment techniques, artificial insemination and in vitro fertilisation, hormonal IUDs and obstetric ultrasound scans of 4 or more "D" (4D, 5D, 6D, etc.). Voluntary termination of pregnancy is also excluded.
 13. Rehabilitation and functional recovery processes that require educational therapy, such as language education in congenital processes or special education for patients with psychiatric disorders. Maintenance and occupational therapies, early stimulation, neurorehabilitation, cognitive stimulation and, in general, treatments of neurological or neurodegenerative disorders not related to the locomotor system.
- All cases of rehabilitation in chronic pathologies are excluded and/or when the process has entered an insurmountable state of stabilisation, according to the rehabilitation doctor's report, except in cases of exacerbation of the process.
14. Implants made of natural bone (unless they are necessary for interventions authorised by the Company and provided they are requested from national bone and tissue storage banks) or substitutes for it and platelet growth factors. Orthotics, as well as orthopaedic and anatomical products. Penile and scrotal prostheses, breast prostheses and skin expanders (except as indicated in the Breast Cancer Surgery section in point 5 of the Second Clause); dental, cochlear, middle ear implants and any type of implant or prosthesis that is not in general Public Health surgical practice. Any expense related to the prescription, implantation or prosthetic product or material for internal surgical implantation or for external use of any implantable, active, synthetic or biological, non-autologous product, material or substance, not expressly included in point 10 of the Second Clause of these Conditions (related to Prostheses and Implants) is not covered. Prostheses included in the previous point 10 of the Second Clause, when they include technical modifications, in terms of the design and/or type of device, components, the material used or the implantation methods or energy sources are not covered. Also not covered are active implants for general use until the time of contracting, unless they are incorporated into this insurance contract coverage, following express communication by the Insurance Company.
 15. Medication, except in the cases of hospitalisations and antineoplastic oncological chemotherapy medication with cytostatics or other drugs, intravenous or intravesical, used in outpatient oncological chemotherapy treatments administered in Oncology Units on a day hospital basis (excluding any other medication administered on a day hospital basis). Special forms of chemotherapy, such as Intraoperative or Intraperitoneal Chemotherapy, are excluded. Experimental treatments, those for compassionate use and those for indications other than those authorised in the technical data sheet of the medication in question will be considered excluded in all cases.
 16. Regenerative and cellular therapies of any type are excluded, as well as treatments based on tissue engineering or gene or genetic therapies; as well as any treatment based on genetic modifications of the patient's cells through any procedure (including CAR T-cell therapies).



17. Positron Emission Tomography (PET) scans (except for those oncological, cardiac and neurological pathologies included in Annex I of these General Conditions). Spectral CAT Obstetric ultrasound of 4 or more "D" (e.g. 4D, 5D and 6D).
18. Neurophysiological monitoring and Neuronavigation, except in the cases provided for in the Second General Condition.
19. Laser treatments for myopia, hyperopia, astigmatism and other refractive pathologies, as well as laser surgery, regardless of the organ to be treated, except in the cases expressly included in point 5 (Special Treatment Techniques) of the Second Clause of these General conditions.
20. Stereotactic radiosurgery, except for the treatment of localised tumour lesions of the central nervous system, radiosurgery with Gamma Knife or CyberKnife, intraoperative radiotherapy, tomotherapy, proton therapy or other special radiotherapy techniques, except in the cases expressly included in point 8 (Special Treatment Techniques) in the Second Condition of these General Conditions. No form of radiotherapy for benign non-oncological pathology is covered.
21. All types of transplants are excluded, except bone marrow (autologous and heterologous) and cornea (the cost of which is borne by the insured).
22. All diagnosis or treatment resources, procedures and techniques not recognised or not universalised in normal medical practice, or those of an experimental or investigational nature, are all excluded from the insurance coverage.
23. Any diagnostic or therapeutic technique not expressly included in the coverage of the contract, or recently incorporated into normal medical practice after contracting the insurance, unless the Company expressly communicates otherwise. Any diagnostic or therapeutic act that involves a modification of the general medical practice prior to taking out the insurance, in terms of the approach route or devices, materials or energy sources used, unless expressly included in the coverage following prior communication by the Company.
24. Any care prescribed and/or carried out by professionals or centres not authorised by the Company, except as established for the case of Hospitalisation due to sudden emergency.
25. Any care (e.g. consultation, diagnostic resources, prostheses or implant, service treatment technique) related to benefits not covered by this insurance contract.

FOURTH: USE OF THE SERVICES

1. General

The Insured, to whom the exercise of the rights included in this contract corresponds, must identify himself when requesting the insured health services included in the Second General Condition using his ASISA health card and any other document identifying him, e.g. ID card (DNI), passport or driving licence. This health card is personal and non-transferable; improper or fraudulent use of it will give rise to the exercise by ASISA of the corresponding legal action.

The care costs covered by this contract will be paid directly by ASISA to the professionals and authorised centres that have provided the service, so the insured will not have to make any payment.

ASISA will not be responsible for the cost of any service that has not been prescribed or performed by professionals from the Medical Panel or in centres or services authorised by it.

For diagnostic resources, special treatment techniques, hospitalisation, outpatient surgery or other services requiring a prescription, **this will be provided by an appropriate medical specialist on the Company's List**

of Doctors. When indicated, this prescription must be expressly authorised by ASISA beforehand through any of the different channels established for this purpose, in accordance with the instructions provided by the Company in this regard at all times. For services carried out on an urgent basis that require authorisation from the Company, this will be obtained within 7 days of them taking place. The updated list of services that require authorisation can be consulted at any time on the Company's website (www.asisa.es) and on other available information platforms (e.g. app, telephone, branch office).

If express authorisation is required from the Company to be entitled to the corresponding provision (e.g. diagnostic resources, special treatment techniques, hospitalisation, outpatient surgery or other detailed services), in accordance with the provisions of the Second General Condition, the document issued for this purpose will be invalid if, at the time the insured receives the assistance or authorised service, not all the requirements have been met to be entitled to the coverage for the care specified in that authorisation document, as established in these General Conditions, (e.g. if the premium or co-payment has not been paid, or the Health Questionnaire contains inaccurate or incomplete declarations).

Given the changes that may occur in the Company's Medical Panel/List of Doctors, the insured should take the necessary action before the request and provision of services covered by the insurance to ensure that the professional or centre is authorised by ASISA to provide the health services covered. The Medical Panel listed on the Company's website (www.asisa.es), app or via the different information channels the Company makes available to the insured can be consulted for these purposes.

When the insured has to travel to another national province, he should contact an ASISA centre or office, or that of a collaborating Company in a province where the Company has no Provincial Centre, to find out the authorised Medical Panel that can provide the treatment in accordance with this contract. This information is also available on the ASISA website(www.asisa.es) and other information channels the Company makes available.

If the insured travels to another province to receive care, whether by personal preference or because the care is not available in the province of his registration, he will always have to pay for the expenses involved; **in no case will they be assumed by ASISA.**

2. Participation of the Insured in the cost of services (Co-payment)

Unless otherwise specified in the Particular Conditions, the insured's participation in the cost of the services, or Co-payment, is agreed for each consultation, session, treatment or health service covered by the Company that is used, as established in the Particular and/or special Conditions. The amount of the co-payment may be updated at each contract renewal, as communicated by the Company.

3. Free choice of doctor

For the provision of the contracted care, the general principle of freedom to choose a doctor from among those listed in the Company's Medical Panel applies, except for certain specialities that may have a single service provider. The Insured will contact the chosen doctor directly, except for cases with additional requirements, in accordance with the clauses of this contract.

4. Waiting Periods

Some of the benefits covered by this insurance have a certain waiting period established, during which time they are not covered; this is calculated from the start date of the contract or from when a new insured is included.

FIFTH: INSURANCE CONTRACT DURATION

The insurance is stipulated for the period of time provided in the Particular Conditions of this insurance contract. Upon expiry or termination, it will be extended for periods not exceeding one year, in accordance with article 22 of the Insurance Contract Law. **However, either party may refuse the extension by ad-**



vance written notification to the other. This notification period is at least one month before the end of the current insurance period for the policyholder, and at least two months for the insurer. The insurer must notify the Policyholder at least two months before the end of the current contractual period of any modification to the insurance contract.

If Asisa decides not to extend the insurance contract for the following contractual period, as provided for in the preceding paragraph, if the insured is hospitalised at the time the contractual relationship ends, the Company will be obliged to assume coverage for this admission until discharged from hospital, unless the Insured refuses to continue the treatment.

If the insurance contract is terminated by the Policyholder or insured, the coverage will cease on the expiry or termination date established in the Particular Conditions, without the provisions of the previous paragraph being applicable. Thus, if the Insured is receiving any type of insured benefit at the time of expiry or termination of the contract, Asisa's insured coverage will cease on that date without it being obliged to assume any cost from that date, including even if it is derived from a claim that occurred during the term of the insurance, unless the termination of the policy is motivated by gross negligence or fraud by the insured.

SIXTH: PREMIUMS (INSURANCE COST)

The Policyholder is obliged to pay the Premium or insurance cost as provided in the Particular Conditions, in accordance with article 14 of the Insurance Contract Law. The premium the Policyholder is obliged to pay is annual, but can be paid in instalments by agreement. Unless otherwise specified in the Particular Conditions, the premium will be paid by direct debit by the Policyholder.

All existing taxes, surcharges and fees and others that may be established for insurance contracts in the future, are to be paid by the Policyholder when legally attributable.

The first Premium or fraction thereof will be payable at the signing of the contract, in accordance with the provisions of article 14 of the Insurance Contract Law. If it is not paid due to the fault of the Policyholder, the Insurer has the right to terminate the contract or demand payment by enforcement based on the contract. If it is not paid before any claim is made, the Insurer will be released from its obligation (Article 15 of the Insurance Contract Law).

If a second or any successive Premium or fractions thereof is not paid, the Insurer's coverage will be suspended for one month after the due date, with ASISA reserving the right to terminate the contract. If the insurer has not terminated the contract or claimed the premium or fraction thereof within six months following non-payment, the contract will be understood to be terminated. If the contract has not been terminated in accordance with the above conditions, the coverage will be effective again, non-retroactively, 24 hours from the day the Policyholder pays the premium. When the contract is suspended, the Insurer can demand payment of the Premium for the current Insurance Period only.

Splitting the premium payment does not release the Policyholder from the obligation to pay the entire annual premium. He will lose the right to split the Premium as agreed if any fraction is not paid, with the total Premium agreed for the remaining Insurance period being due from that moment on.

The Insurer and Policyholder are bound only by the receipts issued by the management or their legally authorised representatives.

If the Contract is terminated early by the Policyholder, the part of the annual premium not paid will be owed to the Insurer, as the premium is a single payment for the contractual period, regardless of whether its payment is allowed to be split.

The premium for each insured is calculated on the risk factors detailed below: age of the insured on De-

ember 31 of the expiring insurance period and geographic area of the insured's address in the contract. Through this document, the policyholder expresses his agreement with any modifications to the premium amount for this reason. The Insurance Company may take into consideration changes in healthcare costs, morbidity, the incorporation of new benefits or technological innovations when updating the premium. The premiums to be paid may also vary depending on other personal circumstances of the insured.

The premium is reviewed in accordance with the provisions of article 94.1 of the Law of Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities, which provides that premium rates must be substantiated on technical bases and statistical information prepared in accordance with the provisions of this Law and its implementing regulations. They must be sufficient to allow the insurance company to satisfy all obligations derived from the insurance contracts and, in particular, to establish the appropriate technical provisions, according to reasonable actuarial assumptions.

ASISA will provide a written communication of the change in the premium and co-payment amounts for the following annuity two months before the renewal of the insurance contract.

Once the aforementioned communication has been received, the policyholder may make use of the right established in the FIFTH Clause.

The Policyholder will be understood to have accepted the new contract conditions with the payment of the first Premium for the new extension period.

CO-PAYMENTS: Unless otherwise agreed in the Particular Conditions of the insurance, the contracting parties agree to the insured's participation in the cost of the services he uses. This participation will be a single co-payment for each consultation, session, treatment or service used by the insured, **whose amount may be changed annually by the Company at each contract renewal after informing the Policyholder of it.**

Co-payments will be made by the Company in the account designated by the Policyholder for the payment of the premium, although, exceptionally, payment may be made by the insured at the direct debit facility provided by the latter for such purposes.

The Company will provide a periodic summary of the amount of the co-payments corresponding to the services used.

The provisions of this SIXTH Clause for non-payment of the second and successive premiums or fractions thereof will be applicable also if co-payments are not made, with the policyholder being responsible for these at all times; even if it has been agreed that these will be paid by the insured. Therefore, if the co-payment has not been paid by the insured, the policyholder assumes the commitment to pay these. As such, it authorises ASISA to request their payment by the direct debit designated at any time for the payment of the premium, as well as exercise any legal actions corresponding to it due to the obligations to pay the premium and co-payments.

SEVENTH: OBLIGATIONS AND DUTIES OF THE POLICYHOLDER AND/OR INSURED

The Policyholder and, where appropriate, the Insured have the following obligations:

- a) Declare all known circumstances that may influence the assessment of the risk to be insured by ASISA, by following the Questionnaire submitted, before the signing of the contract. He will be exonerated from this if ASISA does not submit the Questionnaire or when, even if it is submitted, there are circumstances that may influence the risk assessment that are not included in it. The information provided by the Policyholder/Insured must be truthful and complete, as it constitutes the basis for the acceptance of the risk of this contract, of which the Questionnaire is part.



- b) Inform the Insurer of a change in the address or email address specified in the contract, both for the policyholder and the insured, as well as other information provided to the Company for communication purposes, within eight days of it occurring. To maintain the right to care, the new address must be within the healthcare scope of the insurance company.
- c) Minimise the consequences of a claim, by using the available resources for a prompt recovery. Failure to comply with this duty with the manifest intention of harming or deceiving the Insurer, will release the latter from all benefits derived from the claim.
- d) Provide the Insurer with all the information it requires to exercise the right of subrogation, provided for in articles 43 and 82 of the Insurance Contract Law, in the rights and actions that, due to the care provided and up to the limit of its amount, may correspond to the Insured vis-à-vis persons responsible for the illness or injury, or regarding the persons or entities that legally or by regulation must satisfy these healthcare expenses.
- e) The Insured has the obligation to provide Asisa with the medical reports and/or estimates to determine whether the required care provision is covered by this contract, in those cases where it is expressly required. Asisa will not have to guarantee the requested benefit if the aforementioned reports and estimates are not provided in cases where this has been expressly required of the Insured. The insurer may reclaim the cost of coverage of any benefit from the Insured which it should not have assumed, once the information provided by the Insured is known.
- f) Inform the Insurer of the loss, theft or deterioration of the card as soon as possible, so it can issue and send a new card to the address of the insured in the contract and cancel the previous one. The Policyholder or Insured must return the card corresponding to the insured to ASISA when the contract is terminated.

EIGHTH: POWERS OF THE POLICYHOLDER AND/OR INSURED

- a) The Policyholder may request the Insurer to rectify any discrepancies between the contract and the proposed insurance or the agreed clauses within one month of delivery of the contract, as provided in article 8 of the Insurance Contract Law. After this period has elapsed without any request being made, the provisions of the contract will apply.
- b) Registration of the newborn as an ASISA insured party may be requested, with no waiting periods applicable in each case and without assessment of the Health Questionnaire, provided the delivery or caesarean section was covered by ASISA and the request is made within the 30 days of the birth date. For registrations requested outside the aforementioned period, as well as for those born in deliveries or caesarean sections not covered by the Company, a Health Questionnaire will be required, with an assessment of the risk and the possibility of not accepting the contract, and application of the established waiting periods in the General Conditions applicable for each insurance.
- c) If the Policyholder inaccurately declared the date of birth of the insured when requesting the Insurance, the Company may terminate the contract only if the true age exceeds the established admission limits of the Insurer on the date the contract starts. If it does not exceed the aforementioned limits, the Company is empowered to regularise the difference between the amount actually paid by the Policyholder and the amount it should have paid if it had declared the correct age of the insured at the time of contracting.
- d) When the insurance contract is entered into using a distance contracting technique, the Policyholder may terminate it unilaterally by means of a written communication to the Company, without indicating the reasons and without penalty, if the claim covered has not occurred within 14 days of signing the contract, or the Policyholder has not received the contractual conditions and mandatory prior information before the signing of the contract.

NINTH: POWERS OF THE INSURER

- a) When ASISA becomes aware of incomplete or inaccurate information provided by the Policyholder/ Insured in the Health Questionnaire, it may terminate the contract by writing to the Policyholder within a month of when this becomes known.
- b) If a claim occurs before the Insurer can send the communication referred to in the previous paragraph, its benefit will be reduced proportionally by the difference between the agreed Premium and the one that would have applied if the true risk had been known by the Company. If the Insured was grossly negligent or committed fraud, the Insurer will be released from having to pay the benefit.

TENTH: LOSS OF RIGHTS, INDISPUTABILITY AND NULLITY OF THE CONTRACT

- 1. The Insured will lose the right to the guaranteed benefit if the following occurs:
 - a) Incomplete or inaccurate information is provided by the Policyholder or, where appropriate, the Insured, when declaring the risk by completing the health questionnaire before signing the contract, and gross negligence or fraud was involved (Article 10 of the Insurance Contract Law).
 - b) The guaranteed event occurs before the first Premium payment has been made, unless otherwise agreed (article 15 of the Insurance Contract Law).
 - c) The claim was caused by bad faith of the Insured (article 19 of the Insurance Contract Law).
- 2. If prior recognition has been practised or full rights recognised, the contract will be indisputable as regards the state of health of the Insured, and the Insurance Company cannot deny any benefits alleging the existence of previous illnesses, unless any express exception is made in the Policy particular conditions as a consequence of this recognition; or the Insured completed the health questionnaire with incomplete or inaccurate information acting fraudulently or with gross negligence.

If no medical examination was made or full rights have been recognised, the contract will be indisputable after one year from the conclusion of the contract, unless the Policyholder or the Insured acted fraudulently when completing the health questionnaire.
- 3. The insurance contract will be void if the Claim had already occurred at the time of its conclusion, except in the cases provided by the Insurance Contract Law.

ELEVENTH: COMMUNICATIONS

Communications to the Insurance Company by the Policyholder or Insured will be made at the registered office of the company indicated in the contract. Communications made by an insurance broker to the insurer on behalf of the policyholder will have the same effect as if made by the policyholder himself, unless otherwise indicated by the latter.

Communications from the Insurance Company to the Policyholder or the Insured may be made by post, email or any other means of instant messaging provided by the policyholder at the time of making the insurance request, providing no change to this is made. The Policyholder may object to sending emails to the following addresses: DPO@grupoasisa.com

For the purposes of this insurance, a claim is understood to be made when the Insured requests the provision of the service.

TWELFTH: CLAIMS AND EXPIRY

Policyholders, Insured parties, beneficiaries, injured third parties or their beneficiaries may file claims internally at the Asisa Provincial Office, using a claim form made available to them at the Insurance Company offices.

Without prejudice to any other channel that may be competent, the persons indicated in the preceding paragraph may file a claim with the ASISA GROUP CUSTOMER SERVICE, Calle Juan Ignacio Luca de Tena 12, 28027 MADRID, sac@asisa.es, in accordance with the provisions of the applicable regulations, Order ECO/734/2004, March 11, for which a claim form is available at the Insurance Company offices or the Company's website (www.asisa.es). The foregoing is a prerequisite for the formulation of any complaint or claim made to the Claims Service/General Directorate of Insurance and Pension Funds (Article 97, Law on the Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities).

ASISA is not a member of any Consumer Arbitration Board. Any conflicts that may arise between the Insurance Company and Policyholders, Insured parties, beneficiaries, injured third parties or right holders of any of these will be resolved by the competent judges and courts. (Article 97 of the Law on the Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities).

For the purposes of this insurance contract, regardless of previous legal recourse, the competent court for hearing the actions derived from it will be that applicable at the Insured's address; however, if this is abroad, he will have to designate an address in Spain for such purposes.

The actions derived from this insurance contract will expire after five years (Article 23, Insurance Contract Law).

THIRTEENTH: SCOPE OF INSURANCE

The guarantees of this insurance extend to the entire national territory, except as established for Travel Assistance coverage (Annex IV).

FOURTEENTH: PERSONAL DATA PROTECTION

1. Personal data controller and processor

The data controller is ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (hereinafter, ASISA), with tax number (C.I.F.) A08169294 and registered office at Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027, Madrid.

ASISA has formally appointed a Data Protection Officer as data processor, with the following email address: DPO@grupoasisa.com

2. Personal data processing.

The data processed are personal identification data, employment data, personal features, social circumstances, socioeconomic data and health data provided at the insurance application, and during the term of the contract, as well as data found from accessing existing files from public or private sources whenever there is a legitimate interest and/or a need to comply with a legal obligation.

The Policyholder guarantee that all the information provided, including that relating to the insured, is true, with no information about the health status of any of the Insured parties being omitted. When providing data related to other natural persons, they must first be informed of the reason for providing their data contained in this clause and consent to their inclusion.

3. Personal data processing purpose

The data are processed to attend to, manage and execute the insurance contract, and to provide the services directly or indirectly related to its maintenance.

Additionally, ASISA is protected by its legitimate interest to:

- Assess, select and price the risks associated with the insurance requested; for example, by evaluating financial solvency, carrying out statistical, quality or technical analysis studies, as well as preventing fraud in contracting the insurance.
- Send commercial information adapted to the interests of the insured, including electronically, as well as conducting opinion surveys. In this case, the only information sent will be that related to the Company's own products and/or services similar to those the insured has contracted to improve the degree of customer satisfaction. If the insured does not wish to receive advertising by electronic means, he may contact the address DPO@grupoasisa.com.
- Transfer the insured's personal data within the business group for internal administrative purposes.
- Keep the insured's personal data once the insurance contract has been terminated as a result of the reservation or inaccuracy of the information provided or due to non-payment of premiums to detect, prevent, remedy and impede fraudulent conduct or conduct that poses a risk to ASISA.
- If payment is not made within the term provided for and the requirements established in the current regulations are met, communicate the data relating to non-payment to credit information systems relating to non-compliance with monetary, financial or credit obligations.

Other purposes of the data processing are related to compliance with legal obligations, as follows:

- Conduct the statistical-actuarial analysis to determine the associated risk and to price the policies of customers and potential customers either in the insurance application process or during the term of the contract to respond to any new circumstances of the Insured or to change the actuarial base.
- Comply with the obligations established in the current regulations relating to insurance, tax laws and the protection of personal data.

In addition, the consent of the insured person will allow ASISA to process their data in order to:

- Send personalised offers of products and services from the companies in the ASISA Group and its Collaborators. The identity of these companies can be checked on the website <https://www.grupoasisa.com/>.
- Share personal data with the ASISA Group companies and collaborating entities so that they can offer commercial information regarding their own products and services. The identity of these companies can be checked on the website <https://www.grupoasisa.com/>.

The lack of authorisation of data processing for the above purposes will not affect the maintenance or fulfilment of the contractual relationship.

4. Personal data processing legitimacy.

The basis for processing the insured's personal data is:

- Execution of the contract for the provision of healthcare to the insured by ASISA, based on the provisions of the insurance contract binding it to the insured.
- Compliance with the legal obligations established in the current regulations relating to insurance, tax laws and the protection of personal data.
- Sending personalised offers and promotions, to prevent fraudulent conduct and that of risk for ASISA with respect to customers and former customers, as well as for internal administrative purposes.



- In your consent to communicate data to other companies from which you will receive personalised offers and promotions advertising products and services from third-party companies.

5. Personal data processing recipients

The personal data processed by ASISA for the purposes detailed above may be communicated to the following recipients, depending on the legitimising basis of the communication.

- General Directorate of Insurance, Organisations and Public Administrations.
- Reinsurance or Coinsurance Companies to hold, process or manage the benefits contained in this Policy, where appropriate.
- Doctors, medical centres, hospitals and other institutions or persons identified as health service providers in the Authorised List of Doctors prepared by ASISA which can be consulted on its website www.asisa.es.
- Financial entities for the management of collections and payments.
- Spanish Union of Insurance and Reinsurance Entities (UNESPA) for the inclusion of your personal data, if deemed necessary, in its common fraud prevention file.
- Entities that own information services files on financial solvency and credit, both for consultation in the legally established cases and after non-compliance with monetary obligations.
- In those cases in which the insured person has given his consent in accordance with the purposes indicated, ASISA will share his information with the Group companies and collaborating entities so they can offer him commercial information in relation to their own products and services. The identity of these companies can be checked on the website <https://www.grupoasisa.com/>.

6. Personal data retention period

Personal data will be kept during the term of the contract and, subsequently, according to the applicable legal periods for each specific case, depending on the type of data and purpose of the processing, unless the insured exercises his right of deletion.

Once the aforementioned period has expired, ASISA undertakes to cease processing all personal data and freeze them properly. However, personal data may be kept for longer periods when necessary, provided they are processed exclusively for the purpose of preventing, remedying or impeding fraudulent behaviour or risk for ASISA.

These periods are specified in the ASISA Data Conservation Policy on the website www.asisa.es, as well as in other locations visible to the data owner.

7. Personal data processing rights.

The insured has the right to access his personal data and obtain information on they are being processed. They also have the right to request the rectification of incorrect or inaccurate data and, where appropriate, request their deletion when the data are no longer necessary for the purposes they were collected for by ASISA, among other reasons.

In certain circumstances, the insured may request the limitation of their data processing, in which case ASISA will keep them only for the exercise of or defence against possible claims.

The insured may also object to the processing of their personal data in certain circumstances for the purpose reported by ASISA. In this case, ASISA will cease processing personal data, unless there are legitimate reasons to do so or to guarantee the exercise of or defence against possible claims.

Finally, the insured may request the right to portability and obtain certain information derived from the contractual relationship entered into with ASISA for himself or for another service provider.

These rights may be exercised by:

- Letter addressed to ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., Calle Juan Ignacio Luca de Tena Nº 12, 28027, Madrid.
- Via communication addressed to the email address DPO@grupoasisa.com

In both cases, the person exercising these rights will be required to prove his identity by sending a copy of both sides of his ID no (DNI), tax no (NIE), Passport or equivalent document.

ASISA will provide the requested information within one month of receipt of the request. This period may be extended for another two months if necessary, depending on the complexity and number of requests.

The insured may withdraw consent at any time, if it has been granted for a specific purpose, without affecting the legality of the processing based on the consent before this withdrawal.

The insured may file a claim with the competent Control Authority in matters of data protection. However, in the first instance, he should file a claim with the Data Protection Officer, who will review it within two months.

FIFTEENTH: DISCLAIMER OF LIABILITY

The Company makes available professionals, centres and health services, duly authorised in accordance with current regulations, to the insured who has the right of freedom of choice of doctor and centre. These professionals, centres and health services enjoy full autonomy, independence and responsibility in the provision of health care. Therefore, **the Company will not respond in any case directly, jointly or alternatively, in relation to any acts and/or omissions of the aforementioned professionals and centres in the exercise of their professional business, over which it exercises no control; as they are subject to professional secrecy due to the confidentiality of their health information.**

ANNEX I

COVERAGE FOR PET/PET-CT: FLUDESIOXYGLUCOSE (FDG) INDICATIONS

a) ONCOLOGICAL Diagnosis:

Characterisation of solitary pulmonary nodule.

Detection of tumour of unknown origin evidenced, for example, by cervical adenopathy, liver or bone metastases.

Characterisation of pancreatic mass.

Staging:

Head and neck tumours, including assisted guided biopsy.

Primary lung cancer.

Locally advanced breast cancer.

Oesophagus cancer.

Pancreatic carcinoma.

Colorectal cancer, especially recurrent.

Malignant lymphoma

Malignant melanoma, with Breslow > 1.5 mm or lymph node metastases at initial diagnosis.

Monitoring of treatment response:

Malignant lymphoma

Head and neck tumours.

Detection if there is reasonable suspicion of recurrence:

Gliomas with a high degree of malignancy (grades III or IV).

Head and neck tumours.

Thyroid cancer (non-medullary): patients with increased serum thyroglobulin levels and negative radio-active iodine body scan.

Primary lung cancer.

Breast cancer.

Pancreatic carcinoma.

Colorectal cancer.

Ovarian cancer.

Malignant lymphoma.

Malignant melanoma.

b) CARDIAC

Evaluation of myocardial viability in patients with severe left ventricular failure who are candidates for revascularisation, only when conventional imaging techniques are inconclusive.

c) NEUROLOGICAL

Location of epileptogenic foci in the pre-surgical evaluation of temporal partial epilepsy.

ANNEX II

SECOND MEDICAL OPINION AND CONSULTATION WITH INTERNATIONAL EXPERTS

The insured or the Company specialist attending him may request a SECOND medical OPINION regarding both the diagnosis and the treatment of any of the processes or serious diseases listed below:

1. Oncology.
2. Heart disease, including heart surgery and angioplasty.
3. Organ transplants.
4. Neurological and neurosurgical diseases, including strokes.
5. Complex orthopaedic surgery.
6. Syndromes and congenital malformations.
7. Degenerative and demyelinating diseases of the nervous system.
8. Diseases and problems due to kidney failure.

The service may also be requested for diseases other than those listed, including diseases considered rare or complex pathologies, **provided that the applicant provides sufficient medical information (diagnosis and treatment) to be able to submit to renowned experts.**

To use the Second Opinion service, the insured must call 91 075 71 95, where they will indicate the documentation (medical tests and reports) related to the first established diagnosis to be sent to the address provided, along with the questionnaire to be completed for this purpose.

Experts of recognised international prestige in the disease in question will assess the established diagnosis and treatment and issue the appropriate report within five working days of receipt of all the necessary documentation.

This report will be based at all times on the patient's medical history and the corresponding first diagnosis made by the doctors who attended him.

Consultations, tests and/or treatments not carried out in accordance with healthcare insurance rules and coverage are not covered by the Company.

The insured who meets the above criteria will also have the following services available by calling the aforementioned telephone number:

a) MEDICAL GUIDANCE

The insured can use this service 24 hours a day to ask medical questions by consultation with doctors. If the insured has managed a Second Medical Opinion, he will have an assigned doctor at his disposal to comment on the evolution of his case by telephone and resolve any doubts that may arise.

The objective of this service is to provide additional medical care and resolve doubts, and will never replace the normal doctor.

b) PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL HELP FOR PATIENTS WITH SERIOUS ILLNESS

In relation to the serious illnesses listed in the previous section, the insured will have the possibility of requesting psychological telephone support related to his illness or state of health. This service will consist of arranging a conference with a psychologist, who will advise, guide and provide emotional support to overcome adversity.

The service will consist of a maximum of 5 telephone sessions.

ANNEX III**PREVENTIVE MEDICINE**

Programmes are incorporated in the specialities listed below that include consultation with a specialist doctor as well as the necessary diagnostic tests, for example, whenever deemed necessary by the doctor **(in any case, both the consultations and the tests for the corresponding diagnoses according to the different programmes will be carried out by Company Medical Panel doctors and centres)**.

Paediatrics: This covers newborn health examinations (including detection of metabolic diseases as well as early detection of hearing loss by means of otoacoustic emissions or auditory evoked potentials, if necessary) and periodic health examinations to monitor child development (from birth to 11 years of age).

Gynaecology: Annual gynaecological examination for the prevention of cervical, endometrial and breast cancer. It includes consultation, examination and diagnostic tests (e.g., mammography, cytology or gynaecological ultrasound) the ASISA Medical Panel gynaecologist indicates for the patient.

- A mammogram is recommended every 2 years in women over 50 years of age for the prevention of breast cancer (the Gynaecologist, however, will indicate to the insured how often this examination should be performed in a particular case).
- A cervical screening or pap smear test is recommended in women from 25 to 65 years of age for the prevention of cervical cancer. At first, annually, then every 3-5 years, according to the guidelines recommended by Scientific Societies. Depending on the particular features, the gynaecologist from the ASISA Medical Panel may indicate a different frequency for the examination. These recommendations do not apply to women who have not had sexual intercourse or who have undergone a total hysterectomy.

Cardiology: Prevention of coronary risk in people over 45 years of age or patients with cardiovascular risk factors (e.g. hypertension or dyslipidaemia). It includes consultation and examination by specialist doctors, as well as the necessary examinations (e.g. ECG, basic blood and urine analysis, stress test), according to the ASISA Medical Panel cardiology specialist recommendations.

The recommended frequency for these examinations varies with age and whether or not there are coronary risk factors, so the ASISA Medical Panel Cardiology specialist will determine the appropriate frequency for a particular case.

Urology: Early diagnosis of prostate cancer in men aged 50 years and older (or earlier if there are known risk factors).

This includes a medical consultation and blood tests (including determination of Prostate Specific Antigen, PSA), urine and other tests the specialist deems appropriate (e.g. ultrasound and/or prostate biopsy). In general, an annual exam is recommended starting at age 50; however, the urology specialist from the ASISA Medical Panel will indicate the frequency and precise examinations in a particular case.

Digestive system: Prevention of colorectal cancer in people at risk (family or personal history). This includes a consultation and physical examination, as well as diagnostic tests (e.g. faecal occult blood test or colonoscopy) that the specialist deems necessary in a particular case.

ANNEX IV

TRAVEL ASSISTANCE

The insured, with residence in Spain, will have the right to this coverage with the following conditions and limits:

INSURED

The natural person residing in Spain with Asisa health care insurance.

FAMILY

Spouse or common-law partner duly registered in the corresponding Official Registry, parents, mother-in-law, father-in-law, children, grandparents, brothers, grandchildren, sons-in-law, daughters-in-law and brothers-in-law of the Insured.

ACCIDENT

A bodily injury or material damage suffered during the term of the contract, due to a violent, sudden, external cause beyond the intention of the Insured.

Regarding vehicles, an accident will be considered a violent, sudden, external and involuntary event that causes damage to the vehicle included in the coverage.

UNEXPECTED ILLNESS

Any alteration in the health status of an individual that occurs during the course of a trip covered by the insurance contract, whose diagnosis and confirmation is made by a legally recognised doctor or dentist, and which requires medical assistance. **Unless expressly agreed otherwise, only care derived from an unexpected illness is covered by this contract.**

SERIOUS ILLNESS

Any unexpected alteration in the health status of an individual involving hospitalisation which makes it impossible for the Insured to start the trip, prevents its continuation on the scheduled date or entails the risk of death.

TERRITORIAL SCOPE

Assistance will be valid worldwide, **except for Iran, North Korea, Syria, Crimea and Venezuela.**

In addition, all countries in a state of war, rebellion or with violent conflicts of any kind or nature, even when not officially declared, are excluded.

Assistance will be valid from 35 km from the insured's habitual residence, except for the Balearic Islands, Canary Islands, Ceuta and Melilla, where it is 15 km.

TEMPORARY SCOPE

The defined benefits will be valid **as long as the insured is on a trip or journey away from his habitual residence for no more than 90 consecutive days.** The limitation on the duration of the journey will not apply when it is inside Spanish territory.

COVERED BENEFITS

1. Medical expenses abroad

If the Insured suffers an illness or accident during the course of a trip abroad, the insurer guarantees **a maximum of €14,000 per insured person and journey** during the term of the Contract for the following expenses:



- Designated medical fees as chosen by the insured.
- Medicines prescribed by a doctor or surgeon.
- Hospital expenses.
- Ambulance expenses ordered by a doctor for a local journey.

For such expenses to be liable for reimbursement, the corresponding original invoice must be submitted, which must be accompanied by the complete medical report, history, diagnosis and treatment to establish the nature of the disease.

All dental expenses are limited to €120 per person per trip.

2. Extension of hotel stay due to illness or an accident

When the nature of the illness or accident does not require admission to a clinic or hospital centre, the insurer will pay the expenses incurred by extending a stay in a hotel, as prescribed by a doctor, **up to €60 per day per sick or injured person.**

3. Medical transfer of the sick and injured

If the Insured suffers an illness or accident during the term of the Contract as a consequence of travelling from his habitual residence, the insurer will organise the necessary contacts between its medical service and the doctors attending to **the Insured as soon as it is notified.**

When the insurer's medical service orders the transfer of the Beneficiary to a better equipped or specialised hospital centre near his habitual residence in Spain, it will take responsibility for this transfer under medical observation and carry it out as follows according to its severity:

- Special medical plane
- Medical helicopter
- Scheduled flight
- First class sleeper
- Ambulance.

When the insured who is transferred or repatriated due to illness or accident is under 18 years of age, another person will accompany him at the expense of the insurer.

If the insured wishes to continue his journey after his recovery, and his state of health allows, the insurer will take responsibility for organising the transfer to his destination, **provided the cost of this journey is no higher than the return to his usual address. However, the expenses derived from the pathology suffered by the beneficiary will not be covered if he makes the decision to continue to his destination.**

4. Return of the insured following the death of a family member

If the spouse, common-law partner, parent, mother-in-law, father-in-law, child, grandparent, brother, grandchild, son-in-law, daughter-in-law, brother-in-law or sibling of the Insured dies in Spain while the Insured is on a journey covered by this contract, the insurer, after being notified of the event, will organise his return to attend the funeral and burial place in Spain via a return ticket by scheduled flight, economy class; by train, first class; or with two return tickets when returning with a companion registered in the particular conditions.

5. Transport of mortal remains

If the Insured dies during a trip covered by this contract, the insurer will organise and take responsibility for organising the transportation of the mortal remains to the place of burial in Spain in the municipal area of his habitual residence, as well as pay for the costs of embalming, a mandatory minimum casket and administrative formalities. **In no case will this coverage extend to funeral and burial expenses.**

If the deceased was accompanied by a person (or persons) who is a minor or disabled, the insurer will pay the transportation costs for a relative to travel to meet this person and accompany him on his return.

6. Accompaniment of mortal remains.

If there is no one to accompany the mortal remains of the deceased Insured during his transfer, the insurer will provide a return train ticket (first class) or plane ticket (economy class) from Spain for the person designated by his heirs, to accompany the body to the burial site.

After submission of the corresponding invoices, the insurer will pay the costs of the companion's hotel accommodation **up to €90 per day for a maximum of 3 days**.

7. Travel assistance for a relative

If the insured has to be hospitalised for more than 5 days during a trip, or 3 days in the case of minors or the disabled, **and he is not accompanied by any direct family member**, the insurer will provide a return ticket for a scheduled flight (economy class) or train (first class) for a member of the family or a person designated by it, with habitual residence in Spain, to accompany the Insured.

If the Insured's hospitalisation occurs during a trip away from his habitual residence, the insurer will pay for the cost of the hotel accommodation, **upon submission of the corresponding invoices, for up to €60 per day for a maximum of 10 days**.

8. Early return of a companion following the death or medical transfer of the sick or injured person.

When the Insured has been transferred due to an Unexpected Illness or Accident in application of the "Medical transfer of sick and injured" benefit, or due to death, and this circumstance prevents the Insured's companion from returning to his home by the means initially planned, the insurer will take responsibility for the expenses corresponding to the transport of the companion to his Habitual Residence or to the place where the transferred Insured is hospitalised, by means of a ticket for a scheduled flight (economy class) or train (first class).

9. Accompaniment of minors and the disabled

If the insured is travelling with minors or disabled people and is unable to take care of them due to an illness or accident covered by the insurance contract, or they are repatriated by the insurer, the latter will organise and take responsibility for providing return travel arrangements for a person residing in Spain, designated by the insured or their family, or a hostess of the insurance company, to accompany the minors or disabled people on their return to their habitual residence in Spain in the shortest possible time.

10. Medication delivery

If the Insured needs medication that cannot be acquired in the place where he is, the insurer will obtain this and send it to him by the fastest means possible, subject to local legislation.

This will not apply if the drug is no longer manufactured or is unavailable in distribution channels in Spain.

The Insured will have to reimburse the insurer for the cost of the medicine, upon submission of the invoice.

11. Searching and finding luggage

If the insured's luggage is delayed or lost, the insurer will assist him in his search and advise him on how to file any corresponding complaint. If the luggage is found, the insurer will send it to the insured's habitual residence in Spain or his accommodation during the trip, if this can be accessed, when the presence of the owner is not necessary for its recovery, in which case the necessary assistance and collaboration will be given.



12. Sending urgent messages

The insurer will receive and send urgent messages from and to the Insured via a 24-hour service, **provided there is no other method for him to reach his destination.**

13. Civil liability

The insurance guarantees a first loss compensation of **up to €4,000** for personal and material damages and/or their consequential damages caused by the Insured to a third party which may be required for liability of a non-contractual nature, depending on the legislation in force in the corresponding country.

Professional civil liability derived from the use, operation and movement of vehicles; that derived from the use or ownership of explosives or weapons of any type or nature; and compensation as a result of financial damages not derived from prior personal or material damage is expressly excluded.

14. Information service

The insurer will provide its insured with a free, uninterrupted 24-hour service every day of the year for all kinds of tourist information, administrative formalities, medical precautions, travel conditions and local amenities, means of transport, accommodation and restaurants; and information related to a vehicle, such as garages, petrol stations and insurance companies, for example.

15. Advance funds

The insurer will advance funds to the Insured, if necessary, **up to the limit of €9,000. The insurer will request some type of endorsement or guarantee to ensure later collection of the advance from the Insured. All amounts advanced must be returned to the insurer within 30 days.**

16. Interpreter service

The Insurer will provide the insured with a telephone translation service for major languages (English, French and German) and will facilitate contact with interpreters in the country in which they are located.

17. Telephone medical guidance

This service is to resolve doubts of a medical nature that the Insured may have about the interpretation of clinical tests and medication, for example. The insurer medical service will advise whatever it deems appropriate, in view of the service request information, and will guide the Insured towards the healthcare environment it considers best, where necessary. **In no case will the medical guidance service diagnose or prescribe any treatment.**

For the most serious and urgent cases, the insurer may initiate the necessary health care services, prioritising emergency public services, with the expenses incurred as a result of this service being the responsibility of the Beneficiary.

This service will be provided at the request of the Insured from 9.00 am to 9.00 pm every day.

18. Probate advice.

The insurer will provide integrated management of the extrajudicial testamentary process as well as initial advice for the Insured. This includes the following services:

- a. Legal advice to the insured on the granting of a will.
- b. Design, drafting, preparing and, where appropriate, intervention in the act of the notarial signature.
- c. Personalised attention to beneficiaries.
- d. Permanent telephone legal assistance service for inheritance matters.
- e. Collection of all the necessary certificates:

- Death.
- Birth.
- Marriage or coexistence.
- Civil status.
- Last will and testament register.
- f. National Social Security procedures:
 - Withdrawal
 - Death aid.
 - Spouse registration.
 - Registration of other beneficiaries.
- g. Annotation of death in the Family Book.
- h. Processing of widowhood and orphan pensions.
- i. Advice on non-litigious inheritance processing:
 - Copy of the last will.
 - Declaration of intestate heirs.
 - Opening of the will.
 - Determination of hereditary wealth.
 - Adjudication and partition of the inheritance.
- j. Processing of the payment letter.
- k. Payment of inheritance tax and other tax obligations.
- l. Management of the necessary registry entries.

All the above services, with the exception of those indicated in letters (a) and (b) above, will also be provided to the Beneficiaries of the insured.

If there is a conflict of interest between the Insured parties, **the insurer will limit its services to general telephone advice to all Insured parties.**

19. Administrative procedures to obtain visas

At the request of the Insured, the Insurer will take responsibility for managing the necessary documentation to request the corresponding visa. **Consular, intermediary (if necessary) and courier fees will be the responsibility of the Insured.**

Both the documentation and the fees required vary according to the visa requested. The visa duration also varies with the country. In all cases, an application form must be filled in and the documentation submitted.

Types of visas in different countries:

- Tourism
- Business
- Studies



- Work
- Temporary journalist
- Groups
- Private trips
- Temporary residence
- Special (for exceptional reasons)
- Courtesy
- Residence
- Work and residence
- Simple: allowing only one entry
- Multiple: allowing multiple entries for 6 months. (Hashemite Kingdom, Jordan)

20. Card cancellation

The Insurer will perform the necessary procedures in the shortest possible time for the cancellation of bank and non-bank cards, issued by third parties in Spain, following theft, robbery or loss.

The Insured must personally provide the following information: ID card (DNI), card type and issuing company.

The corresponding claim must be submitted to the competent authorities in all cases.

21. Mobile phone blocking

If the Insured reports the theft or loss of his mobile phone, the Insurer will inform the corresponding operator of this and request the line is blocked.

In no case will the Insurer be responsible for any improper use.

22. Communication expenses

Reimbursement of expenses, **up to a limit of €100**, for telephone calls, faxes or similar procedures to communicate and process claims. **To make this reimbursement effective, the insured must send the original invoices or copies of them, proof of payment with the details of the expenses included in these documents.**

EXCLUSIONS

Generally, those benefits that have not been communicated to the insurer beforehand and those for which the corresponding authorisation has not been obtained are excluded, except in cases of duly accredited material impossibility; they are, however, subject to the exclusions listed below:

- 1. Previous or chronic illnesses, injuries or ailments suffered by the insured before signing the Healthcare Insurance Contract, or its renewal or extension, as well as those that appear during its term and before the start of a trip, except for the first emergency assistance or until the adjustment of the insured.**
- 2. Mental illness.**
- 3. Medical check-ups of a preventive nature (check-ups, thermal cures and cosmetic surgery).**
- 4. Cases in which the purpose of the trip is to receive medical treatment or surgery abroad.**

5. Diagnosis, monitoring and treatment of pregnancy, voluntary termination and deliveries, except in the case of urgent care, and that occurring during the first 150 days of gestation.

6. The insured's participation in bets, challenges or fights.

7. Practising sports in competitions or motorised competitions (races or rallies), as well as the practice of dangerous or risky activities such as:

- Boxing, weightlifting, wrestling (in its different classes), martial arts, mountaineering with access to glaciers, sledding, diving with breathing apparatus, caving and skiing with trampoline jumps.
- Air sports in general.
- Adventure sports, such as rafting, bungee jumping, hydrospeed and canyoning.

8. Suicide, attempted suicide or self-harm of the insured. 9. Rescue of people in mountains, chasms, at sea or in the desert.

10. Illnesses or accidents following the consumption of alcoholic beverages, narcotics, drugs or medicines, unless the latter have been prescribed by a doctor.

11. Fraudulent acts by the Policyholder, insured or their heirs.

12. Epidemics and/or infectious diseases of sudden appearance and rapid spread in the population, as well as those caused by pollution and/or atmospheric contamination.

13. Wars, demonstrations, rebellions, tumultuous popular movements, acts of terrorism, sabotage and strikes, whether or not they are officially declared. The transmutation of the nucleus of the atom, as well as the radiation caused by the artificial acceleration of atomic particles. Earthquakes, floods, volcanic eruptions and, in general, those that come from the unleashing of the forces of nature. Any other extraordinary catastrophic phenomenon or event classified as a catastrophe or calamity, due to its magnitude or severity.

Regardless of the foregoing, the following situations are particularly excluded:

1. The medical transfer of the sick or injured caused by conditions or injuries that can be treated "in situ".

2. Expenses for glasses, contact lenses and crutches, as well as the acquisition, implantation, replacement, extraction and/or repair of prostheses and anatomical and orthopaedic parts of any kind.

3. Medical, surgical and pharmaceutical expenses prescribed in Spain even if they are the result of unexpected illnesses or accidents occurring abroad and those of less than €6.

CLAIM PROCEDURE

The benefits established above will be provided at the express request of the insured by phoning 34 915 143 611 or by fax on 34 915 149 950.

The Insured will call the above number, give his full: name, Asisa health care insurance contract number, location, address, telephone number and the nature of the assistance required or problem to ensure the provision of services with the greatest diligence, 24 hours a day, including Sundays and holidays.

In case of force majeure preventing this notification, **it must be reported as soon as the cause preventing it ceases.**

To reimburse any expense, go to <https://asisa.eclaims.europassistance.com>, to access "Online Procedures", initiate your own reimbursement request and monitor the process, or go to Post Office Box 36316 (28020 Madrid). **The submission of original invoices and supporting documents is essential in all cases.**



DEBT RECOGNITION

All amounts paid by the insurer, or the cost of the services provided, at the request of the insured and that, by virtue of this contract, are not paid by the insurer, constitute advances accepted by the insured, **who is obliged to reimburse them to the insurer within 30 days of the insurer requesting this.**

In these cases and for all other benefits in which the insurer advances a payment to the insured, **it reserves the right to request sufficient guarantee or surety from the insured before starting the provision of the service.**

SUBROGATION

The insurer is subrogated up to the total cost of the services provided by it for the rights and actions that motivated its intervention. When the benefits carried out in execution of this contract are covered in whole or in part by an insurance company, by the Social Security or by any other institution or person, the insurer will be subrogated in the rights and actions of the insured against the aforementioned company or institution. For these purposes, the insured undertakes to actively collaborate with the insurer by providing any help or granting any document that may be considered necessary, at no expense to the insured.

The insurer will have the right to request proof of transport from the insured (e.g. train or plane ticket) held by the insurer, when the return expenses have been borne by the insurer.

Condiciones Generales

Asisa Dental



CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL

CLÁUSULA PRELIMINAR

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

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

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

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

1.- Accidente Buco-Dental: La lesión que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca un daño en la cavidad bucodental del Asegurado.

2.- Asegurado: Cada una de las personas designadas en las Condiciones Particulares sobre las cuales se establece el seguro.

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

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

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

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

El contenido de la información relativa a los proveedores sanitarios que figura en el Cuadro Médico-Dental puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y prestación de los servicios, se confirme que el profesional o centro sanitario está concertado para ello por ASISA y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad a través de los diferentes canales de información disponibles.

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

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

8.- 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.

9.- Fin terapéutico inicialmente planificado: A los efectos del presente contrato, se entiende por tal el objetivo médico-dental pretendido con el diagnóstico inicial efectuado al Asegurado que motivó el inicio del "Tratamiento Dental Inicial".

10.- Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico concertados por ASISA 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 forma parte integrante del contrato.

11.- Informe de Alta: Documento emitido por el facultativo que coordine el "Tratamiento Dental Inicial" y el "Tratamiento Dental de Recuperación", una vez considere que los tratamientos hayan finalizado por haber alcanzado el "Fin terapéutico inicialmente planificado".

12.- Implantología: Rehabilitación prostodóncica del paciente total o parcialmente desdentado utilizando implantes dentarios intraóseos colocados mediante un acto quirúrgico.

13.- Ortodoncia: Especialidad odontológica que estudia, previene y corrige las alteraciones del desarrollo, las formas de las arcadas dentarias y la posición de los maxilares, con el fin de restablecer el equilibrio morfológico y funcional de la boca y de la cara, mejorando o pudiendo mejorar también la estética facial.

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

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

16.- Prima: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal.

17.- Rehabilitación estomatognática mediante prótesis fija dentosoportada: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante una aparatología fija, unida permanentemente a algún o algunos dientes naturales que quedan en la boca.

18.- Siniestro: Hecho previsto en el contrato que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación de proporcionar al Asegurado la asistencia sanitaria o reembolso de gastos con el alcance previsto en el mismo.

19.- Suma Asegurada: En cada una de las garantías indemnizatorias de la póliza, es el importe máximo de indemnización a pagar por el Asegurador al asegurado en caso de siniestro.

20.- Tomador del Seguro (Contratante): La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, 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.

21.- Tratamiento Dental Inicial: Tratamiento dental al que se haya sometido inicialmente el Asegurado y cuyas contingencias posteriores dan origen a la cobertura del seguro.

22.- Tratamiento Dental de Recuperación: Tratamiento dental al que se haya sometido el Asegurado para recuperar el fin terapéutico inicialmente planificado.

23.- Urgencia: Aplicado a la asistencia sanitaria, es toda aquella atención cuya inmediatez sea imprescindible para evitar consecuencias graves o muy graves para el asegurado.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en el presente contrato, y mediante el pago de la correspondiente prima, la Entidad Aseguradora garantiza las siguientes coberturas:

1.- Asistencia dental, a través del Cuadro Médico-Dental de la Entidad.

La Entidad pondrá a disposición del asegurado, dentro del territorio nacional, una relación de profesionales y centros debidamente autorizados, de los que podrá solicitar los servicios sanitarios odontológicos que este requiera, **de acuerdo con las coberturas establecidas en el correspondiente CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS.**

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

2.- Asimismo se incluyen las siguientes garantías de reembolso de gastos médicos odontológicos:

- a) Reembolso de gastos odontológicos por Accidente en la cavidad bucodental.
- b) Reembolso de gastos odontológicos por contingencias posteriores a la finalización de determina dos tratamientos bucodentales.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del contrato, que en todo caso será prestada a través de los medios concertados por la Entidad, según el Cuadro Médico aplicable al presente producto de seguro.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

1.- Asistencia sanitaria dental, a través del Cuadro Médico-Dental de la Entidad:

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. **Los servicios odontológicos, así como sus importes podrán ser modificados y/o actualizados anualmente, previa comunicación al tomador por parte de la Entidad.**

Junto con el Cuadro de coberturas y franquicias, la Entidad aseguradora pondrá a disposición del ase-

gurado el Cuadro Médico-Dental correspondiente al tipo de seguro contratado, donde figuran los centros permanentes de urgencias, la lista de facultativos y/o los centros asistenciales, correspondiente al tipo de seguro contratado, donde le prestarán los servicios cubiertos por la póliza.

La información relativa a los proveedores sanitarios que figuran en el Cuadro Médico Dental puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y prestación del servicio, se confirme que el profesional o clínica dental están concertados por ASISA, y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad.

2. Reembolso de gastos odontológicos:

2.1) Reembolso de gastos por Accidente en la cavidad bucodental:

El alcance de la cobertura y la información necesaria para la tramitación de siniestros se recoge en el Anexo I de estas condiciones generales.

2.2) Reembolso de gastos por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales:

El alcance de la cobertura y la información necesaria para la tramitación de siniestros se recoge en el Anexo II de estas condiciones generales.

TERCERA: EXCLUSIONES GENERALES DEL SEGURO

Además de las que puedan establecerse con carácter específico en cada caso, quedan excluidas de la cobertura de este seguro las prestaciones odontológicas en los siguientes casos:

- A) Las producidas 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) Las derivadas 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, troteo, etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.**
- E) Las debidas a lesiones originadas o producidas por embriaguez, por toxicomanía, por intento de suicidio, por locura, por riña o desafío.**
- F) Cualquier prestación o servicio odontológico no incluido expresamente en el Cuadro de coberturas y franquicias o realizado por un proveedor asistencial (facultativo o centro) no perteneciente al Cuadro Médico-Dental concertado de la Entidad.**
- G) Cualquier gasto relativo a los servicios dentales que requiera anestesia general y/o sean prestados en régimen asistencial distinto al ambulatorio en clínica dental.**

CUARTA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Las prestaciones cubiertas por el seguro, que son las que se indican en el Cuadro de Coberturas y Franquicias, serán prestadas exclusivamente por los facultativos y clínicas dentales incluidos en el Cuadro Médico-Dental correspondiente al tipo de seguro contratado, que la Aseguradora pone a

disposición del Asegurado, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos o clínicas dentales. No existen períodos de carencia, por lo que las coberturas pactadas serán facilitadas por la Entidad, desde la fecha de efecto del contrato o de incorporación de un nuevo asegurado.

La Entidad no se responsabiliza ni se hará cargo del coste de ninguna prestación realizada fuera del Cuadro Médico-Dental. Se exceptúan las prestaciones por motivo de urgencia siempre que queden dentro de la cobertura del seguro, de acuerdo con la definición prevista en las presentes Condiciones Generales, que requerirán siempre autorización de la Entidad, dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

- A) A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado las prestaciones cubiertas por la póliza.
- B) El Asegurado, a quien corresponde el ejercicio de los derechos comprendidos en el presente contrato, deberá identificarse al requerir los servicios sanitarios asegurados, exhibiendo la tarjeta sanitaria de ASISA correspondiente a dicho seguro, junto con el D.N.I., en su caso, o cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducción). La citada tarjeta es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la tarjeta sanitaria dará lugar al ejercicio por parte de ASISA de las acciones legales que correspondan.
- C) Únicamente son de cobertura las prestaciones de este seguro realizadas de forma ambulatoria en la consulta del profesional o clínica dental, **por lo que queda excluida cualquier asistencia que requiera anestesia general y/o hospitalización (incluido, hospital de día).**
- D) En caso de urgencia, el asegurado deberá acudir al centro/s de urgencia que la Entidad tenga establecido al efecto. Dicha información estará a su disposición en el Cuadro Médico, web (www.asisa.es) o app y canales de información de la Entidad aseguradora.
- E) De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión la tomará el asegurado, de acuerdo con las coberturas de la póliza.
- F) En caso de tratamientos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Médico-Dental concertado, en base a las coberturas y franquicias vigentes incluida en el correspondiente Cuadro.
- G) 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: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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

El asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos dos meses antes de que concluya el período contractual en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

SEXTA: PRIMAS (PRECIO DEL SEGURO)

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

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

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

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

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

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

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

La actualización de la prima se efectuará anualmente, de conformidad con lo establecido en el artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, que dispone que las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas. Asimismo, la Entidad Aseguradora podrá tomar en consideración en la actualización de la prima la variación de los costes asistenciales, la morbilidad, la incorporación de nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas.

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

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

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

SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR/ASEGURADO

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

- a) Notificar al Asegurador, el cambio de dirección postal y electrónica identificadas en el contrato, tanto del tomador como del asegurado, así como el resto de datos facilitados a la Entidad a efectos de comunicaciones en los ocho días siguientes a producirse. Para mantener el derecho a la asistencia, el nuevo domicilio debe encontrarse dentro del ámbito asistencial de la entidad aseguradora.
- 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) Facilitar al Asegurador toda la información que éste precise para ejercer el derecho de subrogación, previsto en los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.
- e) El Asegurado tiene la obligación de facilitar a Asisa, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y/o presupuestos que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por el presente contrato. Asisa no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. El asegurador podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación, que no procediera asumir, una vez conocida la información facilitada por el Asegurado.
- f) Comunicar al Asegurador la pérdida, sustracción o deterioro de la tarjeta a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado identificado en el contrato, anulando la anterior. Igualmente, el Tomador o Asegurado deberán devolver a ASISA la tarjeta correspondiente al asegurado cuando su contrato quede extinguido.

OCTAVA: FACULTADES DEL TOMADOR/ASEGURADO

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

NOVENA: FACULTADES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

- a) En caso de uso fraudulento de la tarjeta sanitaria con conocimiento o consentimiento por parte del Tomador o Asegurado, ASISA queda facultada para rescindir el contrato, cualquiera que sea el momento de vigencia del mismo, y a reclamar el coste de las prestaciones indebidamente asumidas a su cargo.
- b) El asegurador podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación, que no procediera asumir, una vez conocida la información facilitada por el Asegurado.

DÉCIMA: NULIDAD DEL CONTRATO

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

DECIMOPRIMERA: PÉRDIDA 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).

DECIMOSEGUNDA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora, por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la Póliza. Si se realizan al agente de seguros que hubiera intervenido en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

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

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

DECIMOTERCERA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante la Delegación Provincial de

Asisa, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE DEL GRUPO ASISA, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº. 12, 28027 MADRID, sac@asisa.es, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa aplicable, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, para lo cual tienen a su disposición, un modelo de reclamación, en las oficinas de la Entidad Aseguradora y en la página web de la Entidad (www.asisa.es). 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].

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

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

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

DECIMOCUARTA: ÁMBITO DEL SEGURO

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

DECIMOQUINTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de sus datos personales.

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

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

2. Tratamiento de los datos personales.

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

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

3. Finalidad del tratamiento de los datos personales.

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

Adicionalmente, ASISA está amparada por el interés legítimo para:

- Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.
- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos y/o servicios propios de la entidad que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si no desea recibir publicidad por medios electrónicos, el asegurado podrá dirigirse a la dirección postal DPO@grupoasisa.com.
- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas y de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.
- En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito.

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

- Realizar el análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea en el proceso de la solicitud del seguro o durante la vigencia del contrato en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.
- Cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

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

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

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

4. Legitimación para el tratamiento de los datos personales.

La base para el tratamiento de los datos personales del asegurado se encuentra:

- En la ejecución del contrato para la prestación de asistencia sanitaria al asegurado por parte de ASISA, en base a lo dispuesto en el contrato de seguro que le vincula con dicho asegurado.

- En el cumplimiento de obligaciones legales para cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.
- En el interés legítimo para enviarte ofertas y promociones personalizadas, así como para prevenir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA respecto a clientes y exclientes y con fines administrativos internos.
- En su consentimiento para comunicar datos a otras empresas de las que recibirás ofertas y promociones personalizadas y para poder ofrecerle publicidad de productos y servicios de terceras empresas.

5. Destinatarios de los datos personales.

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

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

6. Tiempo de conservación de los datos personales

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

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

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

7. Derechos en relación al tratamiento de los datos personales.

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



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

Asimismo, también en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA. En ese caso, ASISA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurren motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

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

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

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

En ambos supuestos, se exigirá acreditar la identidad de la persona que ejerce sus derechos mediante el envío de copia de su DNI, NIE, Pasaporte o documento equivalente, por las dos caras.

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

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

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

DECIMOSEXTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

ANEXO I

REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE EN LA CAVIDAD BUCODENTAL

En caso de que el Asegurado sufra un daño en la cavidad bucodental con ocasión de un accidente dental ocurrido con posterioridad a la fecha de efecto del contrato o de su incorporación al mismo, el Asegurador se obliga a reembolsar al Asegurado el importe de las franquicias correspondientes a la asistencia dental que dentro de las coberturas de la póliza precise el Asegurado, **con el límite máximo de mil quinientos euros (1.500 €) por siniestro y año.**

El reembolso de gastos odontológicos se limitará a los gastos abonados previamente por el Asegurado en relación con la asistencia prestada por los profesionales/centros pertenecientes al Cuadro Médico Dental concertado por ASISA, y con el límite máximo de los importes de franquicia establecidos en el Cuadro de Coberturas y Franquicias de la póliza.

Únicamente serán objeto de cobertura las asistencias que se realicen durante la vigencia del contrato de seguro y que tengan origen en accidentes dentales ocurridos igualmente durante la vigencia del mismo.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE EN LA CAVIDAD BUCO-DENTAL:

Además de las exclusiones generales aplicables al presente contrato de seguro, queda excluido expresamente de la presente cobertura el reembolso de gastos derivado de accidente en los siguientes casos:

- a) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado.
- b) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la definición de Accidente Dental.
- c) Los accidentes que sean fruto de ceguera, sordera u otro defecto físico.
- d) Los accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.
- e) Los ocurridos en competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional, sus entrenamientos y ensayos preparatorios.
- f) Los accidentes ocurridos por el uso de embarcaciones a vela o motor a más de dos millas de la costa, uso de motocicletas y uso de avionetas de propiedad particular.
- g) Los ocurridos por la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
- h) Los ocurridos por la práctica de deportes, actividades peligrosas o de riesgo como: boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín, deportes aéreos en general, deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.

TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

En caso de reembolso de gastos, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:



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

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

El Asegurador, una vez que haya recibido la totalidad de la documentación requerida relacionada y realizadas las comprobaciones que correspondan, efectuará, si procede, el reembolso de las cantidades determinadas de acuerdo a las condiciones establecidas en esta garantía.

ANEXO II**REEMBOLSO DE GASTOS POR CONTINGENCIAS POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DE DETERMINADOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES**

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

El importe a reembolsar corresponderá al 20% del importe de la factura del Tratamiento Dental de Recuperación, con el límite de la suma asegurada (20% del importe del Tratamiento Dental inicial, con un máximo de 1.500 € por tratamiento y año).

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

A los efectos de esta garantía, **tienen la consideración de "Tratamiento Dental Inicial" los tratamientos dentales de:**

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

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

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

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

Además de las exclusiones generales aplicables al presente contrato de seguro, queda excluido expresamente de la presente cobertura el reembolso de gastos en los siguientes casos:

- a) Los derivados de accidentes dentales.**
- b) Los derivados de tratamientos dentales que no hayan finalizado con un "Informe de Alta".**
- c) La cobertura de cualquier acto médico-dental cubierto en la póliza si el Asegurado paciente no ha cumplido con lo previsto en el "Informe de Alta" en lo relativo a las revisiones a efectuar, higiene, cuidados, etc.**
- d) La cobertura de cualquier acto médico cubierto en la póliza necesario para la reparación del daño a consecuencia de una situación sobrevenida cubierta por la póliza si el Asegurado no presenta la factura acreditativa de haber pagado el tratamiento.**
- e) La repetición de un tratamiento dental por alegación de daño exclusivamente estético.**

TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES

En caso de siniestro, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

- a) Copia del "Informe de Alta" del Tratamiento Dental Inicial, en donde se detalle el fin terapéutico inicialmente planificado.
- b) Facturas acreditativas del pago de las franquicias realizado por el "Tratamiento Dental Inicial".
- c) Copia del "Informe de Alta" del "Tratamiento Dental de Recuperación", donde se manifieste que los "Actos médico dentales cubiertos" que sean requeridos tengan relación con el "Tratamiento Dental Inicial".
- d) Facturas acreditativas del pago de las franquicias realizado por el "Tratamiento Dental de Recuperación".
- e) Formulario establecido al efecto por el Asegurador.

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

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

General Conditions

Asisa Dental



Some of the rights limitation clauses included in the General Conditions shall not be applicable depending on the Particular Conditions established with the Policyholder.

ASISA DENTAL GENERAL CONDITIONS

PRELIMINARY CLAUSE

This insurance contract is governed by the provisions of the following regulations: Law 50/1980, October 8, Insurance Contracts; Law 20/2015, July 14, Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities; Royal Decree 1060/2015, November 20, Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities and Law 22/2007, July 11, Distance marketing of financial services for consumers, as well as other applicable Spanish legislation.

The following documentation is an integral part of the this contract: Insurance Application, General Conditions, Particular Conditions, Special Conditions (if applicable), Coverage and excess payments, plus their Annexes, Appendices and Supplements. **The limiting clauses on the rights of the insured that have been expressly accepted by the Policyholder will apply.** Simple transcripts or references to mandatory legal precepts will not require this acceptance.

The Spanish State, through the General Directorate of Insurance and Pension Funds, is responsible for the control and supervision of the business of ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.

DEFINITIONS

The following will be understood for the purposes of this contract:

1. Oral-Dental accident: An injury to the Insured resulting from a sudden, violent, external cause beyond his intention, damaging his oral cavity.

2. Insured: Each of the persons designated in the Particular Conditions upon which the insurance is established.

3. Insurer: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., which assumes the contractually agreed risk.

The Insurer is also be referred to as the Entity in this document.

4. Oral cavity: The anatomical space consisting of the teeth and their supporting structures, including the palatal and mandibular alveolar ridges and covering gingiva. Excluded are the skin of the face, lips, disorders of the muscles and temporomandibular joint, floor of the mouth and the hard and soft palate (except the alveolar part of the hard palate and jaw).

5. Insurance Contract (Policy): The document that contains the conditions governing the Insurance. The following form an integral part of it: Insurance Application; General conditions; Particular Conditions, which individualise or specify the risk that is insured; Special Conditions (if applicable); Coverage and Excess Table and its Annexes, Appendices or Supplements that are issued to modify or add to it.

6. Medical-Dental Panel: Approved list of professionals and health establishments available for the contracted dental insurance product, organised by province, which the Entity makes available to the insured through its offices, at www.asisa.es and the Asisa app.

The information regarding the health providers listed in the Dental Medical Panel may vary so, before requesting and providing services, it should be checked that the health professional or centre is approved by ASISA; in the event of any problem, the Entity dental can be consulted through the different information channels available.



The policyholder and insured are informed, and should assume, that the professionals and health centres that are part of the Medical Panel will act with full independence of criteria, autonomy and have exclusive responsibility in the field of healthcare that is their own.

7. Address of the Policyholder and Insured: The person specified in the Particular Conditions of the policy.

8. Illness: Any alteration to the insured's health not caused by an accident, diagnosed by a doctor, which requires the provision of healthcare.

9. Initially planned therapeutic aim: The intended medical-dental objective, following initial diagnosis of the Insured, that prompted the "Initial Dental Treatment".

10. Excess: Amount the Insured must pay the healthcare professional or medical centre contracted by ASISA for the dental services used under this insurance. This amount may vary with the different dental services and will be established in the Coverage and excess table, which is an integral part of the contract.

11. Discharge report: Document issued by the medical practitioner coordinating the "Initial Dental Treatment" and "Recovery Dental Treatment", after he considers the treatments have finished due to having achieved the "Initially Planned Therapeutic Aim".

12. Implantology: Post-dental rehabilitation treatment of the totally or partially edentulous patient using intraosseous dental implants inserted surgically.

13. Orthodontics: Dental speciality that studies, prevents and corrects developmental alterations, shapes of dental arches and the position of the jaws to restore the morphological and functional balance of the mouth and face as well as improve facial aesthetics.

14. Pathologies or medical situations unrelated to the treatment: Pathological contingencies that occur outside the treatment that, once the treatment is completed and the "Initially planned therapeutic aim" has been achieved, may appear and that directly and negatively influence the subsequent planned evolution after the "Discharge Report", provided that they are medical-dental acts covered by the policy required to recover the "Initially planned therapeutic aim".

15. Insurance period: The time from the insurance contract/new insured registration start date to its termination (expiry), or the time between each extension.

16. Premium: The cost of the Insurance. The receipt will also contain the legally applicable surcharges and taxes at all times.

17. Stomatognathic rehabilitation using tooth-supported fixed prostheses: Clinical procedure aimed at restoring missing teeth through fixed appliances, permanently attached to one or more natural teeth that remain in the mouth.

18. Claim: Occurrence of a circumstance provided for in the contract which gives rise to the obligation to provide the Insured with health care or reimbursement of expenses within the scope established.

19. Insured sum: The maximum amount of compensation to be paid by the Insurer to the insured following an accident in each of the policy compensation guarantees.

20. Policyholder (contracting party): The physical or legal person who signs this contract with the Insurer, and to whom the obligations derived from it correspond, except for those that must be fulfilled by the Insured due to their nature.

21. Initial Dental Treatment: Dental treatment the Insured has initially undergone whose subsequent contingencies give rise to insurance coverage.

22. Recovery Dental Treatment: Dental treatment the Insured has undergone to recover the initially planned therapeutic aim.

23. Emergency: The immediate health care necessary to avoid serious or very serious consequences for the insured.

CONDITIONS

FIRST: OBJECT OF INSURANCE

Within the limits and conditions stipulated in this contract, and by paying the corresponding premium, the Insurance Entity guarantees the following coverage:

1. Dental assistance, through the Entity's Medical-Dental Panel.

The Entity will make available a list of duly authorised professionals and centres within the national territory to the insured, from which he may request the dental health services he requires, **in accordance with the coverage established in the corresponding COVERAGE AND EXCESS TABLE.**

In no case may optional compensation be granted, substituting the benefits covered by the policy in this coverage.

2. The following reimbursement guarantees for dental medical expenses are also included:
 - a) Reimbursement of dental expenses due to an accident in the oral cavity.
 - b) Reimbursement of dental expenses for contingencies after the completion of certain oral treatments.

The Insurance Entity assumes the necessary urgent assistance during the contract, in accordance with the provisions of its conditions, as provided for in article 103 of the Insurance Contract Law: to be provided by the resources authorised by the Entity at all times, according to the Medical Panel applicable for this insurance product.

SECOND: INSURED BENEFITS DESCRIPTION

1. Dental healthcare, from the Entity's Medical-Dental Panel.

The dental services covered by the policy are listed in the COVERAGE AND EXCESS TABLE, delivered with the rest of the policy documents.

This Table specifies the amount of excess corresponding to each service. **Dental services and their prices may be modified and/or updated annually, following prior communication by the Entity to the policyholder.**

Together with the Coverage and excesses table, the Insurance Entity will provide the Insured with the Medical-Dental Panel corresponding to the type of insurance contracted. This includes the permanent emergency centres and list of doctors and/or care centres where the services covered by the policy will be provided, according to the type of insurance contracted.

The information regarding the healthcare providers that appear in the Dental Medical Panel may change, so it is recommended that the dental professional or clinic authorised by ASISA is confirmed before requesting and providing the service and before any contingency is consulted with the Entity.

2. Reimbursement of dental expenses:

- 2.1) Reimbursement of expenses due to an accident in the oral cavity:

The scope of the coverage and the information necessary for processing claims is included in Annex I of these general conditions.

- 2.2) Reimbursement of expenses for contingencies after the completion of certain oral treatments:
The scope of the coverage and the information necessary for processing claims is included in Annex II of these general conditions.

THIRD: GENERAL INSURANCE EXCLUSIONS

In addition to those that may be established specifically in each case, dental benefits are excluded from the coverage of this insurance in the following cases:

- A) Those produced by events derived from armed conflicts, whether or not preceded by an official declaration of war, as well as officially declared epidemics.**
- B) Those directly or indirectly related to explosions or nuclear or radioactive contamination, which must be covered by civil liability insurance for nuclear damage.**
- C) Those produced by extraordinary or catastrophic events, such as floods, tornadoes, earthquakes or landslides.**
- D) Those derived from the attention for pathologies caused by participation of the insured in professional activities or sports that involve high danger, either as a professional or an amateur, such as: underground, underwater or aerial activities; those with motor vehicles or boats; boxing, bullfighting or any other of a similar nature.**
- E) Those due to injuries caused or produced by drunkenness, drug addiction, attempted suicide, madness, quarrel or challenge.**
- F) Any dental benefit or service not expressly included in the coverage and excess table or carried out by a care provider (faculty or centre) not included in the Entity's authorised Medical-Dental Panel.**
- G) Any expense related to dental services that require general anaesthesia and/or are provided in a care regime other than as an outpatient in a dental clinic.**

FOURTH: PROVISION AND USE OF THE SERVICES

The benefits covered by the insurance are indicated in the Coverage and Excess Table and will be provided exclusively by the dentists and clinics included in the Medical-Dental Panel corresponding to the type of insurance contracted, which the Insurer makes available for the Insured, specifying the permanent emergency centre(s) and addresses and office hours of the doctors or dental clinics. There are no waiting periods, so the agreed coverage will be provided by the Entity from the effective date of the contract or incorporation of a new insured party.

The Entity is not, nor will be, responsible for the cost of any service provided outside the Medical-Dental Panel. Benefits for emergency reasons are excepted as long as they are within the insurance coverage, in accordance with the definition provided in these General Conditions, and will always require authorisation from the Entity within a period of 7 days from the date in which it occurred.

- A) For the purposes of this Insurance, a claim is understood to be made when the Insured requests the benefits covered by the policy.**
- B) The Insured, to whom the exercise of the rights included in this contract corresponds, must identify himself when requesting the insured health services using his ASISA health card corresponding to this insurance and any other document identifying him, e.g. ID card (DNI), passport or driving licence. This health card is personal and non-transferable; improper or fraudulent use of it will give rise to the exercise by ASISA of the corresponding legal action.**

- C) Only the benefits of this insurance provided on an outpatient basis in the professional's office or dental clinic are covered, **so any care that requires general anaesthesia and/or hospitalisation (including day hospital) is excluded.**
- D) In an emergency, the insured must go to the emergency centre(s) the Entity has established for this purpose. This information will be available in the Medical Panel, website (www.asisa.es), app or information channels of the insurance Entity.
- E) If there are alternative treatments for the same process, the decision will be made by the insured, in accordance with the policy coverage.
- F) Acceptance by the Insured of the estimate made by the authorised Medical-Dental Panel doctor or clinic, based on the current coverage and excess included in the corresponding Table, will be necessary for any treatment.
- G) The Insured will pay the corresponding amount directly to the doctor or dental centre for the benefits provided in accordance with the provisions of the Coverage and Excess Table.

FIFTH: INSURANCE CONTRACT DURATION

The insurance is stipulated for the period of time provided in the Particular Conditions of this insurance contract. Upon expiry or termination, it will be extended for periods not exceeding one year, in accordance with article 22 of the Insurance Contract Law. **However, either party may refuse the extension by advance written notification to the other. This notification period is at least one month before the end of the current insurance period for the policyholder, and at least two months for the insurer.**

The insurer must notify the Policyholder at least two months before the end of the current contractual period of any modification to the insurance contract.

SIXTH: PREMIUMS (INSURANCE COST)

The policyholder or insured is obliged to pay the Premium or insurance cost as provided for in the Particular Conditions, in accordance with article 14 of the Insurance Contract Law. The premium the Policyholder is obliged to pay is annual but can be paid in instalments by agreement. Unless otherwise specified in the Particular Conditions, the premium will be paid by direct debit by the Policyholder.

All existing taxes, surcharges and fees and others that may be established for insurance contracts in the future, are to be paid by the Policyholder when legally attributable.

The first Premium or fraction thereof will be payable at the signing of the contract, in accordance with the provisions of article 14 of the Insurance Contract Law. If it is not paid due to the fault of the Policyholder, the Insurer has the right to terminate the contract or demand payment by enforcement based on the contract. If it is not paid before any claim is made, the Insurer will be released from its obligation (Article 15 of the Insurance Contract Law).

If a second or any successive Premium or fractions thereof is not paid, the Insurer's coverage will be suspended for one month after the due date, **with ASISA reserving the right to terminate the contract.** If the insurer has not terminated the contract or claimed the premium or fraction thereof within six months following non-payment, the contract will be understood to be terminated. If the contract has not been terminated in accordance with the above conditions, the coverage will have be effective again, non-retroactively, 24 hours from the day the Policyholder pays the premium. When the contract is suspended, the Insurer can demand payment of the Premium for the current Insurance Period only.

Splitting the premium payment does not release the Policyholder from the obligation to pay the entire



annual premium. He will lose the right to split the Premium as agreed if any fraction is not paid, with the total Premium agreed for the remaining Insurance period being due from that moment on.

The Insurer and Policyholder are bound only by the receipts issued by the management or their legally authorised representatives.

If the Contract is terminated early by the Policyholder, the part of the annual premium not paid will be owed to the Insurer, as the premium is a single payment for the contractual period, regardless of whether its payment is allowed to be split.

The premium is reviewed annually in accordance with the provisions of article 94.1 of the Law of Regulation and Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities, which provides that premium rates must be based on technical bases and statistical information prepared in accordance with the provisions of this Law and its implementing regulations. They must be sufficient to allow the insurance company to satisfy all obligations derived from the insurance contracts and, in particular, to establish the appropriate technical provisions, according to reasonable actuarial assumptions. The Insurance Entity may take into consideration changes in healthcare costs, morbidity, the incorporation of new benefits or technological innovations when updating the premium.

ASISA will provide a written communication of the change in the premium and deductibles amounts for the following annuity two months before the renewal of the insurance contract.

Once the aforementioned communication has been received, the policyholder may make use of the right established in the FIFTH Clause.

The Policyholder will be understood to have accepted the new contract conditions with the payment of the first Premium for the new extension period.

SEVENTH: OBLIGATIONS AND DUTIES OF THE POLICYHOLDER/ INSURED

The Policyholder and, where appropriate, the Insured have the following obligations:

- a) Inform the Insurer of a change in the address or email address specified in the contract, both for the policyholder and the insured, as well as other information provided to the Entity for communication purposes, within eight days of it occurring. To maintain the right to care, the new address must be within the healthcare scope of the insurance company.
- b) Following an incident, notify the Insurance Entity of its occurrence within 7 days of becoming aware of it, with the effects established in article 16 of the Insurance Contract Law, and provide it with any information on the circumstances of the incident.
- c) Minimise the consequences of a claim, by using the available resources for a prompt recovery of the insured. Failure to comply with this obligation with the manifest intention of harming or deceiving the Insurance Entity will release the latter from any benefit derived from the loss, in accordance with article 17 of the Insurance Contract Law.
- d) Provide the Insurer with all the information it requires to exercise the right of subrogation, provided for in articles 43 and 82 of the Insurance Contract Law, in the rights and actions that, due to the care provided and up to the limit of its amount, may correspond to the Insured vis-à-vis persons responsible for the illness or injury, or regarding the persons or entities that legally or by regulation must satisfy these healthcare expenses.
- e) The Insured has the obligation to provide Asisa with the medical reports and/or estimates to determine whether the required care provision is covered by this contract, in those cases where it is expressly required. Asisa will not have to guarantee the requested benefit if the aforementioned re-

ports and estimates are not provided in cases where this has been expressly required of the Insured. The insurer may reclaim the cost of coverage of any benefit from the Insured which it should not have assumed, once the information provided by the Insured is known.

- f) Inform the Insurer of the loss, theft or deterioration of the card as soon as possible, so it can issue and send a new card to the address of the insured in the contract and cancel the previous one. The Policyholder or Insured must return the card corresponding to the insured to ASISA when the contract is terminated.

EIGHTH: POWERS OF THE POLICYHOLDER/INSURED

- a) The Policyholder may request the Insurance Entity to rectify any discrepancies between the contract and the proposed insurance or the agreed clauses within one month of delivery of the policy, as provided for in article 8 of the Insurance Contract Law.
- b) When the insurance contract is entered into using a distance contracting technique, the Policyholder may terminate it unilaterally by means of a written communication to the Entity, without indicating the reasons and without penalty, if the claim covered has not occurred within 14 days of signing the contract, or the Policyholder has not received the contractual conditions and mandatory prior information before the signing of the contract.

NINTH: INSURANCE COMPANY POWERS

- a) If the health card is used fraudulently with the knowledge or consent of the Policyholder or Insured, ASISA is empowered to terminate the contract, however long it has been in force, and to claim the cost of the benefits unduly assumed at its expense.
- b) The insurer may reclaim the cost of coverage of any benefit from the Insured which it should not have assumed, once the information provided by the Insured is known.

TENTH: NULLITY OF THE CONTRACT

The insurance contract will be null if the risk did not exist or the loss had already occurred when the contract was signed (see article 4, Insurance Contract Law), except in cases provided for by the same Law.

ELEVENTH: LOSS OF RIGHTS

The Insured will lose the right to the benefit if the following occurs:

- a) The claim occurs before the first Premium payment has been made, unless otherwise agreed (article 15 of the Insurance Contract Law).
- b) If the policyholder or insured does not provide the insurance Entity with information on the circumstances and consequences of the incident, and there has been gross negligence or fraud (article 16, Insurance Contract Law).
- c) If the insured or policyholder fail to comply with their duty to mitigate the consequences of the incident and do so with the manifest intention of deceiving or harming the Insurance Entity (article 17, Insurance Contract Law).
- d) When the claim has been by bad faith of the Insured (article 19 of the Insurance Contract Law).



TWELFTH: COMMUNICATIONS

Communications to the Insurance Entity by the Policyholder or Insured will be made at the registered office of the company indicated in the Policy. If the insurance agent who arranged the contract was informed, it will have the same effect as if the Insurer itself had been informed directly.

Communications from the Insurance Entity to the Policyholder or the Insured may be made by post, email or any other means of instant messaging provided by the policyholder at the time of making the insurance request, providing no change to this is made. The Policyholder may object to sending emails to the following addresses: DPO@grupoasisa.com

For the purposes of this insurance, a claim is understood to be made when the Insured requests the provision of the service.

THIRTEENTH: CLAIMS AND EXPIRY

Policyholders, insured parties, beneficiaries, injured third parties or their beneficiaries may file claims internally at the Asisa Provincial Office, using a claim form made available to them at the Insurance Entity offices.

Without prejudice to any other channel that may be competent, the persons indicated in the preceding paragraph may file a claim with the ASISA GROUP CUSTOMER SERVICE, Calle Juan Ignacio Luca de Tena 12, 28027 MADRID, sac@asisa.es, in accordance with the provisions of the applicable regulations, Order ECO/734/2004, March 11, for which a claim form is available at the Insurance Entity offices or the Entity's website (www.asisa.es). The foregoing is a prerequisite for the formulation of any complaint or claim made to the Claims Service/General Directorate of Insurance and Pension Funds (Article 97, Law on the Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities).

ASISA is not a member of any Consumer Arbitration Board. Any conflicts that may arise between the insurance entity and policyholders, insured parties, beneficiaries, injured third parties or right holders of any of these will be resolved by the competent judges and courts. (Article 97 of the Law on the Regulation, Supervision and Solvency of Insurance and Reinsurance Entities).

For the purposes of this insurance contract, the competent court for hearing the actions derived from it will be that applicable at the insured's address; however, if this is abroad, he will have to designate an address in Spain for such purposes.

The actions derived from this insurance contract will expire after five years (Article 23, Insurance Contract Law).

FOURTEENTH: SCOPE OF INSURANCE

The guarantee of this insurance extends to the entire national territory.

FIFTEENTH: PERSONAL DATA PROTECTION

1. Personal data controller and processor.

The data controller is ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (hereinafter, ASISA), with tax number (C.I.F.) A08169294 and registered office at Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027, Madrid.

ASISA has formally appointed a Data Protection Officer as data processor, with the following email address: DPO@grupoasisa.com

2. Personal data processing.

The data processed are personal identification data, employment data, personal features, social circumstances, socioeconomic data and health data provided at the insurance application, and during the term of the contract, as well as data found from accessing existing files from public or private sources whenever there is a legitimate interest and/or a need to comply with a legal obligation.

The Policyholder guarantee that all the information provided, including that relating to the insured, is true, with no information about the health status of any of the Insured parties being omitted. When providing data related to other natural persons, they must first be informed of the reason for providing their data contained in this clause and consent to their inclusion.

3. Personal data processing purpose

The data are processed to attend to, manage and execute the insurance contract, and to provide the services directly or indirectly related to its maintenance.

Additionally, ASISA is protected by its legitimate interest to:

- Assess, select and price the risks associated with the insurance requested; for example, by evaluating financial solvency, carrying out statistical, quality or technical analysis studies, as well as preventing fraud in contracting the insurance.
- Send commercial information adapted to the interests of the insured, including electronically, as well as conducting opinion surveys. In this case, the only information sent will be that related to the entity's own products and/or services similar to those the insured has contracted to improve the degree of customer satisfaction. If the insured does not wish to receive advertising by electronic means, he may contact the address DPO@grupoasisa.com.
- Transfer the insured's personal data within the business group for internal administrative purposes.
- Keep the insured's personal data once the insurance contract has been terminated as a result of the reservation or inaccuracy of the information provided or due to non-payment of premiums to detect, prevent, remedy and impede fraudulent conduct or conduct that poses a risk to ASISA.
- If payment is not made within the term provided for and the requirements established in the current regulations are met, communicate the data relating to non-payment to credit information systems relating to non-compliance with monetary, financial or credit obligations.

Other purposes of the data processing are related to compliance with legal obligations, as follows:

- Conduct the statistical-actuarial analysis to determine the associated risk and to price the policies of customers and potential customers either in the insurance application process or during the term of the contract to respond to any new circumstances of the Insured or to change the actuarial base.
- Comply with the obligations established in the current regulations relating to insurance, tax laws and the protection of personal data.

In addition, the consent of the insured person will allow ASISA to process their data in order to:

- Send personalised offers of products and services from the companies in the ASISA Group and its Collaborators. The identity of these companies can be checked on the website <https://www.grupoasisa.com/>.
- Share personal data with the ASISA Group companies and collaborating entities so that they can offer commercial information regarding their own products and services. The identity of these companies can be checked on the website <https://www.grupoasisa.com/>.

The lack of authorisation of data processing for the above purposes will not affect the maintenance or fulfilment of the contractual relationship.



4. Personal data processing legitimacy.

The basis for processing the insured's personal data is:

- Execution of the contract for the provision of healthcare to the insured by ASISA, based on the provisions of the insurance contract binding it to the insured.
- Compliance with the legal obligations established in the current regulations relating to insurance, tax laws and the protection of personal data.
- Sending personalised offers and promotions, to prevent fraudulent conduct and that of risk for ASISA with respect to customers and former customers, as well as for internal administrative purposes.
- In your consent to communicate data to other companies from which you will receive personalised offers and promotions advertising products and services from third-party companies.

5. Personal data processing recipients

The personal data processed by ASISA for the purposes detailed above may be communicated to the following recipients, depending on the legitimising basis of the communication.

- General Directorate of Insurance, Organisations and Public Administrations.
- Reinsurance or Coinsurance Companies to hold, process or manage the benefits contained in this Policy, where appropriate.
- Doctors, medical centres, hospitals and other institutions or persons identified as health service providers in the Authorised List of Doctors prepared by ASISA which can be consulted on its website www.asisa.es.
- Financial entities for the management of collections and payments.
- Spanish Union of Insurance and Reinsurance Entities (UNESPA) for the inclusion of your personal data, if deemed necessary, in its common fraud prevention file.
- Entities that own information services files on financial solvency and credit, both for consultation in the legally established cases and after non-compliance with monetary obligations.
- In those cases in which the insured person has given his consent in accordance with the purposes indicated, ASISA will share his information with the Group companies and collaborating entities so they can offer him commercial information in relation to their own products and services. The identity of these companies can be checked on the website <https://www.grupoasisa.com/>.

6. Personal data retention period

Personal data will be kept during the term of the contract and, subsequently, according to the applicable legal periods for each specific case, depending on the type of data and purpose of the processing, unless the insured exercises his right of deletion.

Once the aforementioned period has expired, ASISA undertakes to cease processing all personal data and freeze them properly. However, personal data may be kept for longer periods when necessary, provided they are processed exclusively for the purpose of preventing, remedying or impeding fraudulent behaviour or risk for ASISA.

These periods are specified in the ASISA Data Conservation Policy on the website www.asisa.es, as well as in other locations visible to the data owner.

7. Personal data processing rights.

The insured has the right to access his personal data and obtain information on they are being pro-

cessed. They also have the right to request the rectification of incorrect or inaccurate data and, where appropriate, request their deletion when the data are no longer necessary for the purposes they were collected for by ASISA, among other reasons.

In certain circumstances, the insured may request the limitation of their data processing, in which case ASISA will keep them only for the exercise of or defence against possible claims.

The insured may also object to the processing of their personal data in certain circumstances for the purpose reported by ASISA. In this case, ASISA will cease processing personal data, unless there are legitimate reasons to do so or to guarantee the exercise of or defence against possible claims.

Finally, the insured may request the right to portability and obtain certain information derived from the contractual relationship entered into with ASISA for himself or for another service provider.

These rights may be exercised by:

- Letter addressed to ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., Calle Juan Ignacio Luca de Tena 12, 28027, Madrid.
- Via communication addressed to the email address DPO@grupoasisa.com

In both cases, the person exercising these rights will be required to prove his identity by sending a copy of both sides of his ID no (DNI), tax no (NIE), Passport or equivalent document.

ASISA will provide the requested information within one month of receipt of the request. This period may be extended for another two months if necessary, depending on the complexity and number of requests.

The insured may withdraw consent at any time, if it has been granted for a specific purpose, without affecting the legality of the processing based on the consent before this withdrawal.

The insured may file a claim with the competent Control Authority in matters of data protection. However, in the first instance, he should file a claim with the Data Protection Officer, who will review it within two months.

SIXTEENTH: DISCLAIMER OF LIABILITY

The Entity makes available professionals, centres and health services, duly authorised in accordance with current regulations, to the insured who has the right of freedom of choice of doctor and centre. These professionals, centres and health services enjoy full autonomy, independence and responsibility in the provision of health care. Therefore, **the Entity will not respond in any case directly, jointly or alternatively, in relation to any acts and/or omissions of the aforementioned professionals and centres in the exercise of their professional business, over which it exercises no control; as they are subject to professional secrecy due to the confidentiality of their health information.**

ANNEX I**REIMBURSEMENT OF EXPENSES DUE TO AN ACCIDENT IN THE ORAL CAVITY**

If the Insured suffers damage to the oral cavity due to a dental accident occurring after the effective date of the contract or when signing it, the Insurer undertakes to reimburse the Insured the amount of the excess corresponding to the dental care the Insured may require within the coverage of the policy, **with a limit of €1,500 (one thousand, five hundred euros) per accident and year.**

The reimbursement of dental expenses will be limited to expenses previously paid by the Insured Party in relation to care provided by the professionals/centres on the Dental Medical Panel authorised by ASISA, with the maximum excess limit established in the policy Coverage and excess table.

Only that care implemented during the term of the insurance contract due to dental accidents that occurred during the contract period will be covered.

SPECIFIC EXCLUSIONS FOR EXPENSES REIMBURSEMENT COVERAGE FOLLOWING AN ACCIDENT IN THE ORAL-DENTAL CAVITY:

In addition to the general exclusions applicable to this insurance, reimbursement of expenses due to an accident is expressly excluded from this coverage in the following cases:

- a) Events intentionally caused by the Insured.
- b) Events not considered as accidents as stipulated in the definition of a Dental Accident.
- c) Accidents resulting from blindness, deafness or another physical defect.
- d) Accidents resulting from the consumption of alcoholic beverages, narcotics, drugs or medicines, unless the latter have been prescribed by a doctor.
- e) Those occurring in speed, strength or race competitions of any nature as a professional, or in training or preparatory tests for them.
- f) Accidents caused by the use of sailing or motor boats more than two miles from the coast; the use of motorcycles; or the use of privately owned planes.
- g) Those that occur due to participation in bets, challenges or fights.
- h) Those caused by the practice of dangerous sports or risky activities such as: Boxing, weightlifting, wrestling (in its different classes), martial arts, mountaineering with access to glaciers, sledding, diving with breathing apparatus, caving and skiing with trampoline jumps, air sports in general, adventure sports, such as rafting, bungee jumping, hydrospeed and canyoning.

CLAIM PROCESSING

For reimbursement of expenses, the Insured must submit the following documentation to the Insurer:

- a) Complete medical report issued by the Medical Panel professional/centre, with the following information: date of accident, injuries, diagnosis, treatment carried out and cause-effect justification between the accident and the treatment carried out.
- b) Discharge report.
- c) Invoices accrediting the amounts paid as excess, according to the Coverage and Excess Table in force at any given time.

The related documentation will be sent by email to the address reimbursedental@asisa.es or by post

to the address: Apartado de correos 736 FD/2812696, 28080, Madrid or by any other means the Insurer makes available to the Insured.

Once it has received all the required documentation and made the corresponding checks, the Insurer will reimburse the amounts determined in accordance with the conditions established in this guarantee, if applicable.

ANNEX II

REIMBURSEMENT OF EXPENSES FOR CONTINGENCIES AFTER THE COMPLETION OF CERTAIN ORAL TREATMENTS

Following “Initial Dental Treatment” and issue of the corresponding “Discharge Report”, as specified in this document, if pathologies or medical situations unrelated to this treatment appear to have a negative influence on its progress, the Insurer will be obliged to reimburse the Insured the amount of the Recovery Dental Treatment cost, within the limits of the Sum Insured, as required for the recovery of the initially planned therapeutic aim identified in the Initial Dental Treatment.

The amount to be reimbursed will correspond to 20% of the amount of the invoice for Recovery Dental Treatment, when lower than the insured sum limit (20% of the amount of the initial Dental Treatment, with a maximum of €1,500 per treatment per year).

Only expenses paid as excess will be taken into account for reimbursement purposes, according to the current Coverage and Excess Table when the covered Dental Treatments (Initial and Recovery) were performed by Dental professionals/centres on the Entity’s Panel.

The following “Initial dental treatments” are considered for this guarantee:

- 1. Stomatognathic rehabilitation using tooth-supported fixed prostheses.**
- 2. Implantology**
- 3. Orthodontics**

Only “Recovery Dental Treatment” started and completed within five years of the “Discharge Report” issue date following Initial Dental Treatment will be covered.

To be entitled to this coverage, the policy must have been in force from the start of the Initial Dental Treatment until the completion of the Recovery Dental Treatment.

SPECIFIC EXCLUSIONS FOR CONTINGENCIES REIMBURSEMENT COVERAGE AFTER THE COMPLETION OF CERTAIN ORAL TREATMENTS

In addition to the general exclusions applicable to this insurance, reimbursement of expenses is expressly excluded from this coverage in the following cases derived from:

- a) Dental accidents.**
- b) Dental treatments that did not end with a “Discharge Report”.**
- c) The Insured patient not complying with the “Discharge Report” provisions relating to the check-ups to be carried out, hygiene and care, etc.**
- d) The coverage of any medical act covered in the policy necessary to repair the damage as a result of an unexpected situation covered by the policy if the Insured does not submit the invoice accrediting having paid for the treatment.**
- e) The repetition of a dental treatment due to the allegation of exclusively aesthetic damage.**

PROCESSING CLAIMS

For a claim, the Insured must submit the following documentation to the Insurer:

- a) Copy of the “Discharge Report” for the Initial Dental Treatment, detailing the initially planned therapeutic aim.**

- b) Invoices accrediting the payment of the excess for the "Initial Dental Treatment".
- c) Copy of the "Discharge Report" following "Recovery Dental Treatment", where it is stated that the "Covered Medical-Dental Acts" required are related to the "Initial Dental Treatment".
- d) Invoices accrediting the payment of the excess for the "Recovery Dental Treatment".
- e) Form established for this purpose by the Insurer.

The related documentation will be sent by email to the address reembolsodental@asisa.es, or by post to the address: Apartado de correos 736 FD/2812696, 28080, Madrid or by any other means the Insurer makes available to the Insured.

Once it has received all the required documentation and made the corresponding checks, the Insurer will reimburse the amounts determined in accordance with the conditions established in this guarantee, if applicable.

ASISA DENTAL PLUS



Cuadro de coberturas y franquicias 2023

SERVICIOS	EUROS
A. DIAGNÓSTICO	
Examen inicial, diagnóstico y presupuesto	0
Examen periodontal	0
Examen de urgencia	0
Consulta profesional	0
Revisión odontología general	0
B. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	
Radiografía intraoral	0
Radiografía oclusal	0
Radiografía de aleta	0
Radiografía lateral de cráneo	0
Ortopantomografía digital	0
Telerradiografía digital	0
Estudio tomográfico (T.C.)	
T.C. una arcada	94
T.C. dos arcadas	140
C. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Tartrectomía	0
Tartrectomía con flúor	0
D. ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Obturaciones	
Provisional	0
Estética	45
Gran Reconstrucción	65
Reconstrucción coronaria con poste*	107
E. ENDODONCIA	
Endodoncia unirradicular *	115
Endodoncia birradicular *	127
Endodoncia multirradicular *	155
Apicoformación por sesión	0
Apicectomías *	0
Reendodoncia (desde)	170
Terapia láser	70
Apertura de drenaje de la cámara pulpar (no se incluye el coste de la obturación)	35

SERVICIOS	EUROS
F. ODONTOPEDIATRÍA	
Fluorizaciones	0
Selladores oclusales	0
Pulpotomías en dientes temporales *	69
Corona metálica preformada	75
Mantenedores de espacio fijo	80
Mantenedores de espacio móvil	64
Reimplantación por piezas	0
Obturación en dientes temporales (composite)	42
Revisión mantenedor de espacio	24
G. PERIODONCIA	
Tratamientos no quirúrgicos	
Ferulización de dientes (por pieza)	41
Ferulización de dientes (por sextante)	180
Mantenimiento periodontal	44
Periodontograma	0
Curetaje por cuadrante (raspado y alisado radicular) *	47
Tratamientos quirúrgicos	
Gingivectomía parcial (por cuadrante) *	40
Cirugía periodontal a colgajo (por cuadrante) *	205
Alargamiento coronario por cuadrante	188
Injerto mucogingival *	226
Colocación de bio-materiales (1 g)	258
Regeneración con membrana	260
Tratamiento de periimplantitis	79
I. PRÓTESIS	
Fija	
Corona CAD-CAM	320
Corona CAD-CAM INMEDIATA	376
Removable o esquelético	
Removable acrílico	
Removable acrílico (hasta 6 piezas)	275
Removable acrílico (más de 6 piezas)	400

Cuadro de coberturas y franquicias 2023

SERVICIOS	EUROS	SERVICIOS	EUROS
Removable flexible		L. ATM	
Removable flexible (hasta 6 piezas)	610	Revisión	36
Removable flexible (más de 6 piezas)	780	Diagnóstico y colocación de férula de neuromiorelajación	363
Completas		Tallado selectivo. Análisis oclusal.	50
Superior o inferior	415		
Composturas		H. ORTODONCIA	
Compostura	60		Hasta 12 meses Hasta 24 meses Más de 24 meses
J. CIRUGÍA		Tratamiento ortodoncia brackets metálicos con retenedores finales	2.295 2.695 2.895
Extracción dentaria simple (por pieza)	10	Tratamiento ortodoncia brackets estéticos con retenedores finales	2.695 3.195 3.395
Extracción dentaria quirúrgica (por pieza)	63	Tratamiento ortodoncia brackets autoligados metálicos con retenedores finales	2.695 3.195 3.395
Torus maxilares	0	Tratamiento ortodoncia brackets autoligados estéticos con retenedores finales	3.295 3.695 3.895
Quistectomía, quistes maxilares *	0	Tratamiento interceptivo 1 año	1.290
Frenectomía	0	Tratamiento interceptivo 2 años	1.650
Fenestración	58		
Epulis	0		
K. IMPLANTOLOGÍA			
Fase quirúrgica			
Estudio de implantología (incluye modelos y fotos)	0		
Implante	730		
Mantenimiento de implantología	50		
Elevación de seno *	560		
Colocación de bio-materiales (1 g)	258		
Regeneración con membrana	260		
Fase protésica			
Aditamento protésico por implante	380		
Provisional sobre implante	235		
Corona CAD-CAM INMEDIATA	415		
Corona CAD-CAM	408		

NOTAS:

- Los servicios marcados con asterisco se pueden realizar mediante terapia láser, en cuyo caso, se abonará adicionalmente el importe de la franquicia que se indica para dicho concepto.
- Todos los tratamientos requieren prescripción facultativa, tras valoración previa del paciente en consulta.

ASISA DENTAL PLUS

Services and rates for 2022



SERVICES	EUROS
A. DIAGNOSIS	
Initial examination, diagnosis and estimate	0
Periodontal examination	0
Emergency examination	0
Professional consultation	0
General dentistry check-up	0
B. DIAGNOSTIC IMAGING	
Intraoral X-ray	4
Occlusal X-ray	4
Bite-wing X-ray	4
Lateral skull X-ray	12
Digital orthopantomography	12
Digital teleradiography	12
Tomography study (CT)	
CT one arch	94
CT two arches	117
C. PREVENTIVE DENTISTRY	
Teeth cleaning	0
Scaling with fluoride	4
Sealants (children)	11
D. RESTORATIVE DENTISTRY	
Fillings	
Provisional	0
Silver amalgam	17
Cosmetic *	32
Major reconstruction *	59
Coronary reconstruction with post, pin or screw *	82
Post-coronary reconstruction	102
E. ENDODONTICS	
Single-root endodontics *	105
Double-root endodontics *	112
Multi-root endodontics *	130
Apicoectomy per session	6
Apicoectomy *	70
Endodontic retreatment	150
Laser therapy	78
Opening for drainage of pulp chamber (the cost of the filling is not included)	30
F. PEDIATRIC DENTISTRY	
Fluoride treatment	8
Occlusal sealants	11
Pulpotomy in temporary teeth *	58
Preformed metal crown	62
Fixed space maintainers	66
Mobile space maintainers	55
Tooth replantation (per tooth)	42
Fillings in temporary teeth (amalgam)	17
Fillings in temporary teeth (composite)	32
Space maintainer check-up	22
G. PERIODONTICS	
Non-surgical treatments	
Splinting of teeth (per tooth)	36
Splinting of teeth (per sextant)	180
Periodontal maintenance (per quadrant) *	22
Periodontogram	0
Curettage per quadrant (scaling and root smoothing) *	47

SERVICES	EUROS
Surgical treatments	
Partial gingivectomy (per quadrant) *	32
Periodontal flap surgery (per quadrant) *	190
Crown lengthening *	175
Mucogingival graft *	190
Placement of bio-materials	205
Regeneration with membrane	245
Periimplantitis treatment	65
H. ORTHODONTICS	
Study and record (including models)	58
Placement of micro-implants (unit)	180
Replacement of metal brackets (unit) from	3
Orthodontics box case	0
Removable	
Device repair	47
Check-ups for removable braces	30
Each device (functional)	368
Fixed vestibular	
Placement of metal brackets (per arch)	610
Placement of aesthetic brackets (per arch)	725
Placement of transparent brackets (per arch)	840
Check-ups for fixed vestibular orthodontic appliances	30
Fixed lingual	
Placement of brackets (per arch)	2,240
Check-ups for fixed lingual orthodontic appliances	36
Invisible orthodontics (only in authorised clinics)	
Invisible orthodontic treatment study	345
Invisible orthodontics treatment	4,400
Invisible Lite Orthodontic Treatment (1 arch)	2,700
Invisible Lite orthodontic treatment (2 arches)	3,400
Retention treatment	
Placement of Hawley retention plate	66
Placement of cosmetic retention plate	130
Lingual bar	130
Fibre glass	140
In fixed/mobile combined treatments the cost of both techniques are added	
I. PROSTHESES	
Fixed	
Provisional acrylic jacket crown	35
Metal/porcelain crown	225
Porcelain repair (per tooth)	48
Diagnostic wax-up (per tooth)	20
Remove and cut bridges	37
CAD-CAM crown	320
Acrylic removable dentures	
Acrylic removable dentures 1 tooth	95
Acrylic removable dentures from 2 to 3 teeth	150
Acrylic removable dentures from 4 to 6 teeth	200
Acrylic removable dentures from 7 to 9 teeth	310
Acrylic removable dentures with 10 or more teeth	310
Complete	
Top or bottom	360

ASISA DENTAL PLUS

Services and rates for 2022

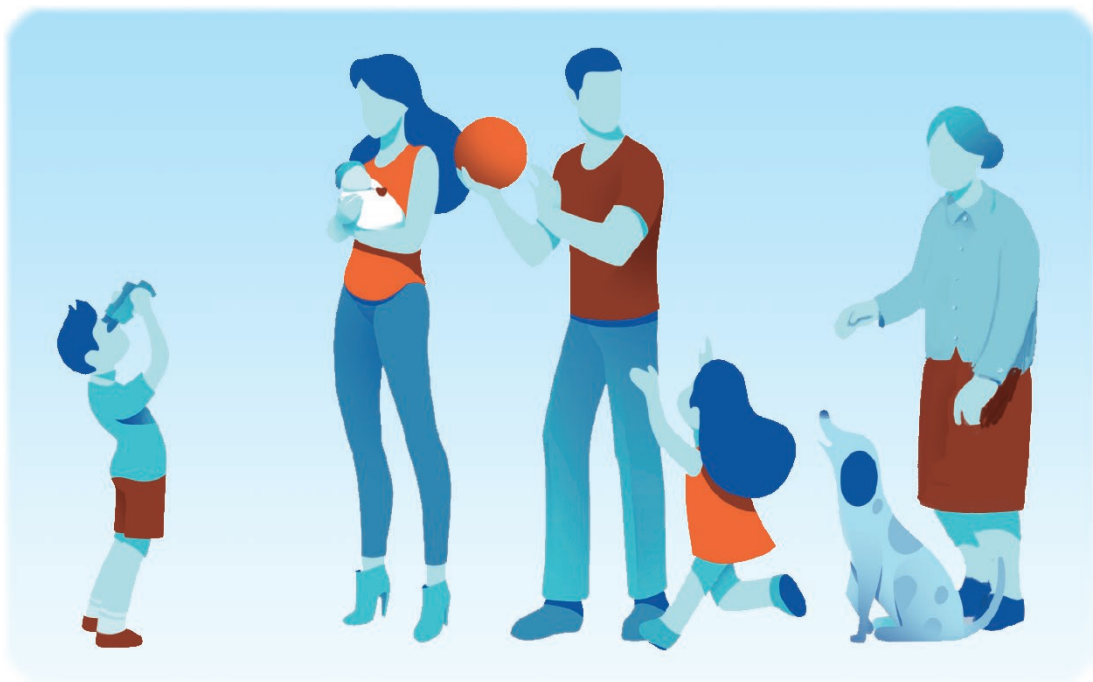


SERVICES	EUROS
Repair	
Repairs	60
Removable cast	
Attaches	90
Skeletal 1 piece	158
Skeletal each additional piece	59
Flexible removable dentures	
From 1 to 2 teeth	470
From 3 to 5 teeth	510
More than 6 teeth	590
Repairs or addition of teeth to flexible removable prosthesis	85
Neobase up to 5 teeth	110
Neobase up to 6 teeth	210
Flexible removable prosthesis including cast and teeth (up to 5 teeth)	580
Flexible removable prosthesis including cast and teeth (more than 6 teeth)	640
J. SURGERY	
Simple tooth extraction (per tooth)	10
Surgical tooth extraction (per tooth)	48
Regularisation of the alveolar ridge	60
Maxillary torus	48
Cystectomy, maxillary cysts *	60
Frenectomy *	23
Fenestration	48
Epulis *	38
K. IMPLANTOLOGY	
Surgical phase	
Implantology study (includes models and photos)	0
Study and computerised guides	1,080
Implant	730
Maintenance of implants	45
Sinus elevation *	560
Placement of bio-materials	205
Regeneration with membrane	245

SERVICES	EUROS
Prosthetic phase	
Pillar	330
CAD-CAM pillar	380
Metal-porcelain fixed crown	290
CAD-CAM crown	380
Hybrid prosthesis on implants	2,700
Overdentures	788
H. TJM	
First visit (includes articulation study, exploration and bite registration)	65
Check-up	36
Treatment with neuromiorelaxing plate	285
Repair, relining and readjustment of plate	65
Selective shaping Occlusal analysis	50
Treatment with mandibular advancement splint	300
Manual therapy for TMJ	60
I. COSMETIC DENTISTRY	
Composite aesthetic veneers (per tooth)	100
Porcelain aesthetic veneers (per tooth)	250
Porcelain inlay	165
Dental whitening with combined technique (clinic-home) *	470
Dental whitening in the clinic *	360
Dental whitening at home (includes splint and whitening kit)	155
Non-vital tooth whitening (per tooth) *	45
CAD-CAM crown	360

NOTES:

- Excesses in bold may not be applied to insured persons with a Salud policy due to already being included therein. Depending on the type of policy, the insured person will only assume the corresponding copayment. All excesses will be applied as long as they are provided by a practitioner included in Asisa's Medical directory. Some of these require prior authorisation from the company. For more information about your coverage, contact your provincial office or call 91 991 19 99.
- Prices are valid unless there is a typographical error and/or omission.
- The prostheses made by Asisa Dental have a two-year warranty, except if used incorrectly.
- Tomography studies (CT) for implants will be paid by the patient, and they are not included in the estimates for implants.
- Excesses marked with an asterisk can be carried out using laser, and they have an additional cost of €70.
- The prices of these excesses include the most frequent treatments, which require previous visit.



Más para tu salud



Aunque lo primero es la salud, también hay otras cosas importantes

Porque en la vida hay muchas más cosas que salud, en este Club queremos que todas tus necesidades estén cubiertas. Por ello, te ofrecemos descuentos y ventajas en productos de salud y muchos otros relacionados con:

- **Bienestar:** cuidado del cuerpo, belleza, balnearios...
- **Gourmet:** restauración, club de vinos, alimentación ecológica...
- **Deporte:** gimnasios, centros deportivos, deporte al aire libre...
- **Ocio y viajes:** reservas de hotel, entradas...
- **... y muchas ventajas más**

Cada mes, recibirás una newsletter con las noticias más saludables para tu cuidado... y tu bolsillo.

No esperes más, ¡date de alta ya en clubasisa.com!