Condiciones Generales
SALUD ASISA SATISFACCIÓN

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA SANITARIA

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y por lo dispuesto en el R.D. 1060/2015 de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por lo que se conviene en las condiciones generales y particulares de este contrato, así como sus anexos sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato se entenderán por:

- **Lesión por Accidente:** La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- **Asegurado:** La persona natural sobre la cual se establece el seguro.
- **Asegurador:** Asisa, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que asume el riesgo contractualmente pactado. Asimismo en este documento se podrá hacer referencia al asegurador como la entidad.
- **Condiciones Particulares:** Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.
- **Cuestionario de Salud:** Declaración realizada por el tomador y/o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.
- **Enfermedad:** Toda alteración de la salud del asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.
- **Enfermedad preexistente:** Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.
- **Hospitalización:** Representa el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.
- **Hospital de Día:** Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

- **Indisputabilidad de la póliza:** Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su formalización o de las inclusión de nuevos asegurados, por el cual Asisa asume la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el Cuestionario de Salud.
- **Lista de Facultativos:** Relación publicada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por Asisa en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A estos efectos, se considerarán Listas de Facultativos de Asisa tanto las de las provincias en las que esta opera directamente como las de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras aseguradoras. En cada Lista de Facultativos provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y urgencias. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Lista de Facultativos actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia. Los datos que figuran en la Lista de Facultativos pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la entidad.
- **Participación del Asegurado en el coste de los servicios (Copago):** Importe que el tomador debe abonar al asegurador para colaborar en el coste económico de cada servicio sanitario utilizado por el asegurado. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada anualmente.
- **Periodo de Carencia:** Periodo de tiempo durante el cual no están en vigor, y por lo tanto, no se cubren algunas de las prestaciones establecidas en la Póliza. Los Periodos de Carencia establecidos se computan desde la fecha de efecto de la Póliza.
- **Periodo de Seguro:** Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el vencimiento de la Póliza, o el que transcurra entre cada prórroga.
- **Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la póliza: el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla.
- **Prestación:** Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.
- **Prima:** Es el precio del Seguro. El recibo de la prima contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **Siniestro:** Hecho previsto en la Póliza que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación del asegurador de proporcionar al asegurado la asistencia sanitaria con el alcance establecido en la Póliza.
- **Tarjeta Sanitaria:** Documento propiedad de Asisa, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que se entrega a cada asegurado y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

- **Tomador del Seguro:** Es la persona, física o jurídica que, conjuntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.
- **Urgencia Vital:** Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un extremo y grave riesgo para la vida o integridad física del asegurado, y que requiera de una inmediata y urgente atención sanitaria.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO

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

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

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

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

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

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

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

1. Servicio de Urgencia

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

2. Medicina General

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

3. Pediatría

Se podrá elegir libremente el Pediatra de entre los que figuran en la Lista de Facultativos, para la asistencia de los asegurados hasta los 14 años de edad; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

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

4. Medicina Especializada

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

Las Especialidades médicas existentes son las siguientes:

- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesiología y reanimación
- Angiología y Cirugía 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
- Geriatría
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatología
- Urología

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

5. Enfermería (D.U.E. /A.T.S.)

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

6. Podología

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

7. Medios de Diagnóstico

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

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

- **Análisis clínicos:** Hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, anatomía

patológica, citología y cariotipos (*) así como **los estudios genéticos exclusivamente cuando su finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad de acuerdo con los protocolos y guías clínicas correspondientes en pacientes afectos y que manifiesten signos o síntomas de la misma.** Se incluyen además las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica elaborada por la autoridad sanitaria correspondiente para la administración de algunos medicamentos (*). También se incluye el cribado prenatal no invasivo mediante estudio prenatal del ADN fetal en sangre materna, **exclusivamente para la detección de aneuploidías fetales de los cromosomas, 13, 18 y 21 y de anomalías de los cromosomas sexuales cuando esté indicado según los índices de riesgo establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (*).**

- **Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear:** Radiología convencional, radiología vascular (*), ecografía, mamografía, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) (*), R.M.N. (Resonancia Magnética) (*), estudios gammagráficos (*), P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) **(exclusivamente para aquellas patologías oncológicas en las que está aprobado el marcador FDG,** incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales) (*).
- **Aparato Circulatorio:** Electro y Fonocardiograma. Ecocardiograma, Doppler, Cateterismo (*), Holter (E.C.G. y T.A.), Ergometría, Estudios Electrofisiológicos Cardiacos (*).
- **Aparato Digestivo:** Endoscopia, exploraciones mediante cápsula endoscópica **(únicamente para el diagnóstico de la hemorragia digestiva o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto).**
- **Neurofisiología:** Electroencefalograma, Ecoencefalograma, Electronistagmografía, Electromiografía, Medida de la velocidad de conducción nerviosa. Estudio polisomnográfico en síndrome de apnea obstructiva del sueño (*).
- **Obstetricia y Ginecología:** Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis (*), Cariotipos (*).
- **Oftalmología:** Retinografía, Fluoresceingrafía, OCT (Tomografía de coherencia óptica) (*), Campimetría, Ecografía.
- **Urología:** Uretrocistoscopia, Cistoscopia, Ureteroscopia, Estudios Urodinámicos (*).

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

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

8. Técnicas especiales de tratamiento (*)

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

Estos servicios comprenden:

- **Aerosoles, Ventiloterapia. y Oxigenoterapia a domicilio (mediante una sola fuente de oxígeno). Siendo la medicación por cuenta del Asegurado.** Se incluyen los tratamientos domiciliarios mediante CPAP o BIPAP (dispositivos mecánicos generadores de presión positiva en vías aéreas superiores) para el Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño, así como para la insuficiencia Respiratoria y para la EPOC. Se incluye también la polisomnografía de titulación para ajustar el dispositivo.
- **Láser Quirúrgico.** Para Otorrinolaringología, Ginecología, Proctología (para Hemorroides, fístulas y fisuras anales y perianales, condilomas y pólipos rectales) y Oftalmología (fotocoagulación en patologías retinianas). Se incluye el láser verde (KTP y HPS), de diodo, holmio o tulio para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.
- **Litotricia extracorpórea.** Para tratamiento de la Litiasis renal.
- **Medicina Nuclear.**
- **Oncología.** Quimioterapia (incluye los medicamentos quimioterápicos oncológicos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unidades de Oncología en régimen de hospital de día; **no son de cobertura las formas especiales de quimioterapia, tales como la Quimioterapia Intraoperatoria o la Quimioterapia Intraperitoneal),** Cobaltoterapia, Radioterapia, incluida la Radioterapia de Intensidad Modulada, así como la Braquiterapia para el tratamiento del cáncer de próstata, ginecológico, genital y de mama **(no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáxica, la Tomoterapia ni otras formas especiales de Radioterapia).**
- **Preparación al parto.**
- **Radiología Intervencionista.**
- **Reconstrucción mamaria, exclusivamente tras mastectomía por neoplasia (incluyendo prótesis de mama en caso necesario).** En estos casos, también queda cubierta **la simetrización de la mama contralateral** siempre que se realice en el mismo acto que la reconstrucción de la mama afectada por la neoplasia, o en los 6 meses siguientes a dicha reconstrucción, como máximo.
- **Rehabilitación.** Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, Foniatría.
- **Riñón artificial y diálisis peritoneal.** Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.
- **Tratamiento del dolor.**

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

9. Hospitalización (incluida Hospital de Día)

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

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

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

Estos servicios incluyen:

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

- **Hospitalización pediátrica.**
  - Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto y mientras la madre permanezca en la clínica.
  - Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en Centro Especializado (Neonatología, Incubadora)
  - Hospitalización por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica.

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

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

- **Hospitalización por motivo quirúrgico**

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

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

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

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

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

  En estos casos no incluye cama de acompañante.

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

10. Cirugía ambulatoria

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

11. Traslado de enfermos (Ambulancia)

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

12. Prótesis e implantes

La entidad cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes que se detallan a continuación: Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis **(excluidos los sustitutivos de hueso natural, cerámicas fosfocálcicas, cementos fosfocálcicos, sulfato cálcico, colágeno, materiales osteoinductores, matriz ósea desmineralizada, proteína ósea morfogenética, factores de crecimiento);** las prótesis valvulares cardiacas; las prótesis vasculares tipo "by pass" y los stents coronarios; los marcapasos unicamerales y bicamerales **(excepción hecha de los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular);** las prótesis de mama **(exclusivamente tras mastectomía por neoplasias)** y las lentes intraoculares para el tratamiento de la catarata **(no son de cobertura las lentes bifocales, multifocales, tóricas o correctoras de defectos de refracción de cualquier tipo).**

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

13. Planificación Familiar

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

Se establece un período de carencia de 6 meses.

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

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

15. Trasplantes

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

La obtención y el trasplante de órganos solo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente.

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

16. Segunda Opinión

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

17. Psicoterapia

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

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

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

18. Medicina Preventiva

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

TERCERA: PRESTACIONES EXCLUIDAS

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

1. **Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o**

no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.

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

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

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

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

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

7. Los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 7 (Medios Especiales de diagnóstico) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.

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

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

10. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia (excepto para lo establecido en la prestación de psicoterapia del punto 17 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria.

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

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

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

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

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

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

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

18. Se excluye todo tipo de trasplantes, excepto el de médula ósea (autólogo y heterólogo) y córnea (siendo el coste de esta a cargo del asegurado).

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

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

CUARTA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Derecho a la asistencia

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

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

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

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

2. Participación del asegurado

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

3. Libertad de elección de médico

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

4. Asistencia primaria

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

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

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

asisa

5. Asistencia domiciliaria

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

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

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

6. Asistencia especializada

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

El asegurado podrá acudir directamente a la consulta del Especialista, según lo establecido para cada caso en la Lista de Facultativos y en el Manual de Instrucciones para los asegurados.

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

7. Servicios de Urgencia

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

8. Asistencia a desplazados

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

9. Asistencia en viajes

El asegurado con residencia en España tendrá, tanto en España como en el Extranjero, la cobertura del Seguro de Asistencia en Viajes, de cuyas condiciones se entrega, como apéndice de la póliza, un ejemplar junto con las presentes Condiciones Generales.

10. Medios de diagnóstico y tratamiento

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

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

11. Hospitalización

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

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

La entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalizaciones en Centros no concertados, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, el asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la entidad en el plazo máximo de 7 días. Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un Centro Público (si el asegurado tiene derecho a Sanidad Publica). Una vez sea posible se deberá trasladar al asegurado a un Centro propio o concertado.

Se considera situación de Urgencia Vital justificativa de la utilización de Centros no concertados, aquella en la que se haya producido en el asegurado una patología cuya naturaleza y síntomas

hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato.

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

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

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

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

QUINTA: DURACIÓN DEL SEGURO

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

No obstante lo anterior, en aquellas pólizas con antigüedad superior a 2 años, la entidad renuncia a su derecho de oposición a la prórroga para las siguientes anualidades, salvo en los supuestos de reserva o inexactitud, dolo o culpa grave en la cumplimentación del cuestionario de salud o de incumplimiento de obligaciones por parte del tomador y/o asegurado.

En todo caso, las condiciones económicas aplicables en caso de renovación de la póliza a partir de la tercera anualidad se seguirán adecuando a los criterios técnicos establecidos con carácter general en el siguiente párrafo, para la cartera en la que se encuentra incluida la póliza.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el asegurador fijará anualmente

las primas a aplicar en cada anualidad, adaptándolas a la variación de los costes, a las nuevas prestaciones y a la morbilidad. Dichas primas serán comunicadas al tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

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

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

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

SEXTA: PAGO DE PRIMAS

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

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

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ella, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pague la prima. En cualquier caso, el asegurador cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la prima del Período de Seguro en curso.

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

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

SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

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

a. Antes de la formalización del contrato debe declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario de salud que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo.

b. Comunicar al asegurador, el cambio de domicilio. Si supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado b) de la condición siguiente.

c. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

d. Facilitar la subrogación del asegurador, que establece en los Artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

OCTAVA: FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

a. El tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el Artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

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

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

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

NOVENA: FACULTADES DEL ASEGURADOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECIMOPRIMERA: COMUNICACIONES

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

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

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

DECIMOSEGUNDA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

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

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

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

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

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

DECIMOTERCERA: ÁMBITO DEL SEGURO

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

DECIMOCUARTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

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

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

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

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

DECIMOQUINTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

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

asisa

ANEXO I

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

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

- **Diagnóstico:**
  - Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
  - Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
  - Caracterización de una masa pancreática.
- **Estadificación:**
  - Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
  - Cáncer de pulmón primario.
  - Cáncer de mama localmente avanzado.
  - Cáncer de esófago.
  - Carcinoma de páncreas.
  - Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
  - Linfoma maligno.
  - Melanoma maligno, con Breslow > 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.
- **Monitorización de la respuesta al tratamiento:**
  - Linfoma maligno.
  - Tumores de cabeza y cuello.
- **Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:**
  - Gliomas con alto grado de malignidad (grados III o IV).
  - Tumores de cabeza y cuello.
  - Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
  - Cáncer de pulmón primario.
  - Cáncer de mama.
  - Carcinoma de páncreas.
  - Cáncer colorrectal.
  - Cáncer de ovario.
  - Linfoma maligno.
  - Melanoma maligno.

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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

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

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

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

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

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

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

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

asisa

ORIENTACIÓN MÉDICA

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

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

APOYO PSICOEMOCIONAL

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

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

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

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

- **Ginecología:** Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta y exploración así como las pruebas diagnósticas (mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo) que su Ginecólogo le indique.
  - En la prevención del cáncer de mama se recomienda la realización de una mamografía cada 2 años en mujeres mayores de 50 años (su Ginecólogo, no obstante, le indicará con qué frecuencia debe realizarse esta exploración en su caso).
  - Para la prevención del cáncer de cuello uterino (cáncer de cérvix) se recomienda realizar una citología cérvico-vaginal de Papanicolau en mujeres de 25 a 65 años. Al principio 2 con periodicidad anual y después cada 3-5 años, según las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas. En función de sus características particulares, su Ginecólogo puede indicarle esta exploración con mayor o menor frecuencia de la señalada. Estas recomendaciones no son de aplicación en mujeres que no han tenido relaciones sexuales o a quienes se les haya practicado una histerectomía total.

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

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

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

  Comprende consulta médica así como análisis de sangre (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas (como ecografía y/o biopsia de próstata) que el especialista considere oportunas. En general, se recomienda

un examen anual a partir de los 50 años, no obstante, su Urólogo le indicará la frecuencia y exploraciones precisas en su caso.

- **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.