

ACUERDO DE COLABORACIÓN ASISA – ICEX ESPAÑA, EXPORTACIONES E INVERSIONES

Póliza colectiva: Nº 21.740

De una parte:

ICEX ESPAÑA, EXPORTACIONES E INVERSIONES, entidad pública empresarial domiciliada en Madrid, Paseo de la Castellana, número 14, C.I.F. nº Q2891001F, representada por Dña. M^a. Coriseo Gonzalez-Izquierdo Revilla.

De otra parte:

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., compañía mercantil domiciliada en Madrid, Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 10, con C.I.F. A08169294, representada por D. Jaime Ortiz Olmeda

EXPONEN

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

Que ICEX ESPAÑA, EXPORTACIONES E INVERSIONES (en adelante, ICEX), tras su estudio, ha considerado interesantes las condiciones presentadas por ASISA en la contratación de un seguro de asistencia sanitaria que puedan realizar los beneficiarios que se determinen en el presente Acuerdo.

Que ambas partes, adoptan los siguientes

ACUERDOS

Primero.- ASISA se compromete a mantener las Condiciones Especiales presentadas a ICEX en la contratación del producto de Asistencia Sanitaria Mixto de Reembolso de Gastos, denominado comercialmente ASISA INTEGRAL, que soliciten, a título individual, los empleados de ICEX, para sí y los familiares que se determinen en el presente Acuerdo.

Las citadas condiciones especiales, que figuran recogidas en el epígrafe "Condiciones Especiales", serán dadas a conocer a los efectos oportunos por ICEX, a sus empleados, en la forma, tiempo y por los medios que éste determine.

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



ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A. Sociedad Unipersonal. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 38819, folio 10, nº 2882. Domicilio: Juan Ignacio Luca de Tena, 10, 3º, C.I.F. A08169294. ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A. Sociedad Unipersonal. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 38819, folio 10, nº 2882. Domicilio: Juan Ignacio Luca de Tena, 10, 3º, C.I.F. A08169294.

5. Pago de Primas

El abono de las primas correspondientes será mensual en la domiciliación bancaria que designe cada trabajador, en su condición de tomador de las pólizas que pueda contratar para él y sus familiares.

6. Periodos de Carencia

Se establece un periodo especial de inscripción comprendido entre el 1 de abril de 2014 y el 30 de junio de 2014, durante el cual no tendrán efecto los periodos de carencias recogidos en las Condiciones Generales, para aquellas pólizas en él suscritas.

Los nuevos empleados que en el futuro se incorporen en la empresa, gozarán asimismo de un periodo promocional de un mes, a contar desde su ingreso en la entidad, para sí y sus familiares.

En el caso de incorporación de nuevos beneficiarios de asegurados, por cambio de situación (cónyuge/pareja de hecho, nacimiento, adopción) éstos disfrutarán igualmente de un periodo promocional de un mes, desde el cambio de situación.

Durante dicho periodo se eliminarán igualmente todos los periodos de carencia.

Así mismo, todos los años, coincidiendo con la apertura anual de la herramienta, se establecerá un periodo especial de inscripción de 1 mes, en el que se eliminarán los periodos de carencia y no será preceptiva la cumplimentación del cuestionario de salud.

Para las solicitudes tramitadas fuera de los periodos promocionales, las carencias serán las siguientes:

Periodo de carencia de 8 meses para hospitalizaciones

Periodo de carencia de 6 meses para planificación familiar

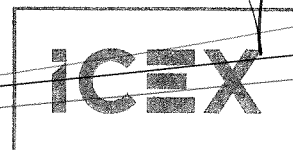
Periodo de carencia de 6 meses para pruebas especiales de diagnóstico

Periodo de carencia de 6 meses técnicas especiales de tratamiento

Periodo de carencia de 6 meses para Psicoterapia

Periodo de carencia de 6 meses para cirugía ambulatoria

No obstante, no serán de aplicación ninguno de los periodos de carencia, en las solicitudes adhesión de empleados de ICEX, así como de sus familiares, que en el momento de la contratación ya ostenten la condición de asegurados de ASISA, en el mismo producto o en alguno de superiores coberturas. Si bien, será requisito imprescindible que exista continuidad en el aseguramiento entre ambas pólizas y que el traspaso a la nueva póliza sea del certificado completo.



7. Cuestionario de Salud

Se establece un periodo especial de inscripción comprendido entre el 1 de abril de 2014 y el 30 de junio de 2014, en el que no será preceptiva la cumplimentación del cuestionario de salud, para aquellas pólizas en él suscritas, por parte de los empleados y sus beneficiarios directos (cónyuge/ pareja de hecho e hijos).

Por consiguiente se aceptarán enfermedades preexistentes de estos titulares y sus beneficiarios directos (cónyuge/ pareja de hecho e hijos) siempre que dichas altas se tramite durante el periodo promocional. Dicha exención en la cumplimentación del cuestionario no alcanzará a otros familiares del empleado con derecho a alta en la póliza del titular (hermanos, sobrinos y nietos).

Los nuevos empleados que en el futuro se incorporen en la empresa, gozarán asimismo de un periodo promocional de un mes, a contar desde su ingreso en la entidad, para sí y sus familiares directos (cónyuge/ pareja de hecho e hijos).

En el caso de incorporación de nuevos beneficiarios de asegurados, por cambio de situación (cónyuge/pareja de hecho, nacimiento, adopción) éstos disfrutarán igualmente de un periodo promocional de un mes, desde el cambio de situación.

Durante dicho periodo no será exigible la cumplimentación del correspondiente cuestionario de salud.

Así mismo, todos los años, coincidiendo con la apertura anual de la herramienta, se establecerá un periodo especial de inscripción de 1 mes, en el que se eliminarán los periodos de carencia para los titulares y sus beneficiarios directos (cónyuge/ pareja de hecho e hijos).

Una vez transcurrido el periodo promocional y en todo caso para el resto de familiares del titular del derecho que no tengan la consideración de beneficiarios directos, hermanos, sobrinos y nietos, se exigirá la cumplimentación del correspondiente Cuestionario de Salud, previo a la contratación, estando la aceptación condicionada a la oportuna valoración del riesgo a asegurar.

No obstante lo anterior, no será preciso cumplimentar nuevo Cuestionario de Salud, en las solicitudes adhesión de empleados de ICEX, así como de sus familiares, que en el momento de la contratación ya ostenten la condición de asegurados de ASISA, en el mismo producto o en alguno de superiores coberturas. Si bien, será requisito imprescindible que exista continuidad en el aseguramiento entre ambas pólizas y que el traspaso a la nueva póliza sea del certificado completo.

8. Edad de Contratación

No será de aplicación límite de edad para la contratación.




9. Otras garantías complementarias

9.1. Seguro de Accidentes

La Entidad garantiza a los Asegurados mayores de 14 años y menores de 65 años, un capital de 6.010,12 € en caso de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE que reúna las condiciones exigidas en el Artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro. **Nunca se considerará accidente el Infarto Agudo de Miocardio.**

9.1. Oxigenoterapia a domicilio: CPAP/ BIPAP

Se modifica el punto 8 de la Condición General Segunda, "Descripción de las prestaciones aseguradas", en lo relativo a "Oxigenoterapia a domicilio", quedando cubiertos por la Entidad los tratamientos con CPAP o BIPAP.

10. Protección de Datos de Carácter Personal

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

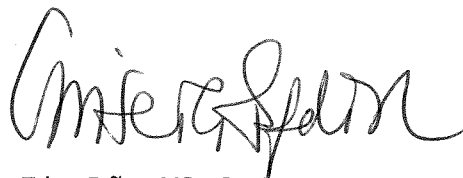
En Madrid, a 1 de abril de 2014,

Por ASISA



Fdo. D. Jaime Ortiz Olmeda
Director Comercial y Marketing

Por ICEX



Fdo. Dña. Ma. Coriseo
Gonzalez-Izquierdo Revilla
Consejera Delegada

ANEXO I

CONDICIONES GENERALES ASISA INTEGRAL

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 (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en el RDL 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 5 de noviembre), por lo dispuesto en R.D. 2.486/1998 de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las condiciones generales, particulares y especiales 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:

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

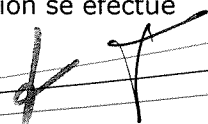
Asegurado: La persona natural sobre la cual se establece el seguro.

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 con "la Entidad".

Condiciones Particulares - Especiales: Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: Relación publicada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Entidad en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A estos efectos, se considerarán Listas de Facultativos de la Entidad 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 Cuadro Médico 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 el Cuadro Médico 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 el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la Entidad.

Enfermedad: Alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación se efectúe por un médico.



SISA, ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 40.000, Folio 10, Libro 1, Entrada 1. NIF: A-08169247. C.I.F. A-08169247. I.D.M. 28027. Madrid.

Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de un mismo accidente, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o causas relacionadas.

Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ellas (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

Enfermedad Preexistente: Enfermedad que ya fue diagnosticada, tratada o dio lugar a consulta por un médico que sin serlo era conocida por el asegurado, por producirse los primeros síntomas antes de la fecha de efecto de la póliza.

Franquicia: Porcentaje sobre el importe total de los gastos objeto del seguro que corre a cargo del Tomador o Asegurado, con los límites máximos estipulados en la póliza.

Hospital: Establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos o intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día.

No se consideran hospitales los asilos, residencias, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas al tratamiento de ancianos, enfermos crónicos, mentales, incapacitados, drogadictos, alcohólicos.

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 período inferior a 24 horas.

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

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

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

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

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




Juan Ignacio Luca de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55

ISA ASIS
NITARIA
INCIAL I
S. S. A. U.
de Madrid
28027 M.
Registro
de la Comunidad de Madrid
08116921

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.

Suma asegurada: Cuantía máxima a pagar por el Asegurador por cada uno de los conceptos estipulados en las Condiciones Generales y/o Particulares de la póliza.

Se pueden establecer límites parciales menores que el importe total máximo de la Suma Asegurada.

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

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 estipulados 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, o bien, el reembolso parcial de los gastos de la citada asistencia medico-quirúrgica para aquellas prestaciones que así se determinen, si no utiliza el Cuadro Médico y centros propios y/o concertados por la Entidad. Todo ello, **siempre que se trate de técnicas de diagnóstico y tratamiento reconocidas por la práctica médica habitual en el momento de suscribir el presente contrato.**

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

Las garantías que el tomador contrata en este seguro pueden tener dos modalidades:

A) Prestación de servicios mediante el Cuadro Médico

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



Juan Ignacio Luch de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55

Obstetricia y Ginecología: Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis (*), Cariotipos(*).

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

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

La prescripción escrita de los anteriores medios de diagnóstico 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 Especiales de Diagnóstico se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)

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

Estos servicios comprenden:

Aerosoles, Ventiloterapia y Oxigenoterapia a domicilio (mediante una sola fuente de oxígeno).- Siendo la medicación por cuenta del Asegurado. No se incluyen los tratamientos con CPAP o BIPAP.

Aparato Circulatorio.- cateterismo cardiaco con o sin angioplastia; estudio electrofisiológico cardiaco terapéutico (ablación conducción AV, vías accesorias o taquicardias ventriculares).

Láser Quirúrgico.- para Otorrinolaringología, Ginecología, Aparato Digestivo (pólipos rectales) y Oftalmología (fotocoagulación en patologías retinianas).

Litotricia extracorpórea.- Para tratamiento de la Litiasis renal.

Medicina Nuclear.

Oncología.- Quimioterapia (incluye únicamente 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 (**no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáxica, la Braquiterapia Prostática, la Tomoterapia ni otras formas especiales de Radioterapia**).

Preparación al parto.

Radiología Intervencionista.

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 el Cuadro Médico, en habitación individual con cama de acompañante, salvo imposibilidad manifiesta.

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

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

Estos servicios incluyen:

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

- Hospitalización pediátrica.

* Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto 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 hospitalización con cargo a la Póliza de la madre exclusivamente durante los 30 primeros días de vida y siempre que el parto o la cesárea hayan sido cubiertos por la Entidad. Para continuidad en la asistencia deberán ser Asegurados dentro del expresado período.

- **Hospitalización por motivo quirúrgico.**

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

Para tratamiento de los procesos agudos que, a juicio del especialista 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 60 días de Hospitalización por año natural.**

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


ICEX

Juan Ignacio Luca de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55

ISA ASISA
4280, P. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

En estos casos no incluye cama de acompañante.

Para cualquier Hospitalización el periodo de carencia será 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 del Cuadro Médico lo ordene por escrito y concurren 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 implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo**); las prótesis valvulares cardíacas; 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; se excluye el tratamiento de la mama contra-lateral**) 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, correrán a cargo del asegurado. No son de cobertura los factores de crecimiento plaquetarios.

13.- Planificación Familiar

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


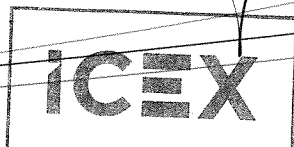
Esta prestación tiene un Período de Carencia de 6 meses.

14.- Accidentes Laborales y los amparados por el 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 a 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 corazón, hígado, pulmón, riñón, médula ósea (tanto autólogo como heterólogo) y de córnea (**siendo el coste de la córnea por cuenta del Asegurado**).

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

de Madr
28027 Madr
S.A.U.I.
Social
0816924
NITARIA
M-71.0.
ISA, ASIP

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

16.- Segunda Opinión Médica

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

17.- Psicoterapia

Incluye la 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.



19 . Asistencia en Viajes

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

Tercera: Prestaciones excluidas

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

- 1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.**
- 2. Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.**
- 3. Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.**
- 4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
- 5. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, toreo, etc. y cuales quiera otra de naturaleza análoga.**

ISA, ASIP NITARIA INCIAL I S.S.A.U. Registr. Social. Madrid. C.I.F. B-100000000. N.º de inscripción: 0816925. 28027 Madrid

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

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

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

9. En la especialidad de Odontología 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. Los implantes constituidos por hueso natural o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.

14. La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica 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 esterotóxica, la braquiterapia prostática, así como otras técnicas especiales de radioterapia.

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 trasplante distinto a los establecidos en el punto 15 de la Condición General Segunda.

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 no reconocidos o no universalizados en la práctica médica habitual, o que sean de carácter experimental o de investigación.

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

Cuarta: Prestación y utilización de los servicios

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

A. MODALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS CON CUADRO MÉDICO

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

Los datos que figuran en el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que antes de acudir a un especialista o centro se verifiquen los mismos.

Al requerir los servicios que procedan, el Asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a la Entidad (tarjeta magnética), el N.I.F. (las personas obligadas a poseerlo).

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

Bajo esta modalidad, **la Entidad no se hará cargo del coste de ninguna prestación que no sea prescrita y realizada por profesionales del Cuadro Médico 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.

1. Libertad de elección de médico

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

2. 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.



de Madr
El Regist
5. S.A.U.I
INCIAL I
NITARIA
ISA ASF
4280, Fom

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 del Cuadro Médico o el informe de ingreso del Centro, pero el Asegurado, o en su caso sus familiares, deberá comunicar la circunstancia a las oficinas de la Entidad, en el plazo de 7 días, recabando la correspondiente autorización para que vincule económicamente a la Aseguradora.

La Entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalizaciones en Centros no concertados, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, el Asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad en el plazo máximo de 7 días. Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la Urgencia Vital. Una vez sea posible se deberá trasladar al Asegurado a un Centro propio o concertado. En caso de asistencia urgente en un Centro Sanitario Público (perteneciente al Sistema Nacional de Salud o integrado en el mismo), la Entidad únicamente asumirá el coste derivado de la misma en el supuesto de que el asegurado no se encuentre afiliado a cualquier régimen de la Seguridad Social o no tenga derecho a Sanidad Pública.

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

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

Para obtener una o más prórrogas de los días de Hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlo en 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.

9. Traslado de Enfermos (Ambulancia)

El servicio de ambulancia deberá ser de los concertados por la Entidad.

B. MODALIDAD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS

La Entidad, mediante la modalidad de reembolso de gastos asume la cobertura, de las prestaciones descritas en la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales y siempre que no se correspondan con prestaciones y/o riesgos excluidos en la póliza, dentro de los



gastos razonables según la ciencia médica y usuales por los servicios médicos y hospitalarios con los límites que tenga establecidos. Nunca se abonarán gastos de facultativos y/o centros propios o concertados del Cuadro Médico de la Entidad:

1º.- Suma Asegurada

El límite máximo de gastos por asegurado que asumirá la Entidad será el establecido en las Condiciones Especiales de la póliza. Dicho límite se considerará por anualidad de seguro, independientemente del número de procesos; o por uno o más procesos intercurrentes o añadidos, relacionados o consecutivos, aunque sucedan en varias anualidades.

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

2º.- Reembolso

El reembolso de los gastos garantizados y justificados en que incurra el asegurado estará cubiertos por el asegurador en los porcentajes que se determinen en las Condiciones Especiales de la póliza.

El importe restante será a cargo del asegurado en concepto de franquicia.

3º.- Límites parciales

En las Condiciones especiales de la póliza se establece el cuadro de límites parciales de cada asistencia, prueba diagnóstica, acto terapéutico, hospitalización o prestación.

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

4º.- Tramitación en caso de siniestro

a) El asegurado o la persona designada por él, deberá comunicar la prestación utilizada en el plazo máximo de 7 días desde que se produjo.

b) El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación referida a un único asegurado, para que este pueda realizar el correspondiente reembolso:

- Impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado, por asegurado y proceso.

- Factura/s original/es y justificantes de los gastos incurridos por el Asegurado, que deberán tener como mínimo los siguientes datos:

- D.N.I., nº de póliza y/o nombre del enfermo/asegurado al que se le ha prestado la asistencia.
- Prestación realizada (consulta, pruebas, intervenciones, etc.).
- Fechas en las que se ha realizado la prestación.
- Identificación de la persona física y/o jurídica que ha realizado la asistencia (DNI, NIF, nº de Colegiado).
- Justificación del pago y forma en que se ha efectuado este (metálico, tarjeta, talón ..).
- Informe médico original de las prestaciones recibidas.

- En las pruebas diagnósticas y consultas a diversos especialistas por un mismo procedimiento será necesario un informe médico de las causas que motivan dicha necesidad asistencial.

- En las hospitalizaciones o intervenciones, junto con el informe médico establecido en el apartado anterior, deberá presentarse un informe de alta hospitalaria con indicación del



Juan Ignacio Luca de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55

procedimiento post hospitalario requerido.

c) El Tomador y/o Asegurado deberán permitir en todo momento que los médicos designados por el Asegurador visiten al asegurado y realicen cuantas averiguaciones o comprobaciones consideren oportunas.

d) En casos de intervenciones quirúrgicas programadas, procesos y/o hospitalizaciones que por motivo médico o quirúrgico se consideren que previsiblemente pueden superar los 12.000 euros, deberá comunicarse a la Entidad Aseguradora preferentemente antes de producirse, y en cualquier caso en cuanto se conozca su alcance.

e) El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

La actuación negligente del asegurado supone la renuncia al cobro de las cantidades que pudieran corresponderle por reembolso.

f) En el caso de que la documentación presentada esté redactada en un idioma distinto de las lenguas oficiales de España, los citados documentos deberán llevar la correspondiente traducción.

5º.- Forma y plazo de reembolso de gastos

Cuando el asegurado incurra en gastos previstos en las Condiciones de la Póliza, que den lugar al reembolso, el Asegurador pagará a través del medio de pago que se establezca, al tomador del seguro o al asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida la documentación requerida en el punto 5º y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de quince días laborables, deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a dos meses, el Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir al Asegurador la/s factura/s de los gastos incurridos en el bimestre anterior.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar, se incrementará en un veinte por ciento anual.

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o la cantidad a reembolsar por el Asegurador se realizará en euros, al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviera la moneda en que dicho tomador o asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida.

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 antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período del seguro en curso.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3, de la Ley de Ordenación y Supervisión de



Juan Ignacio Luca de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55

ISA, ASFI
NITARIA
INCIAL I
081627
5.5.A.U.
il Registr
de Madr
28027 M

los Seguros Privados, el **Asegurador fijará anualmente las Primas a aplicar en cada anualidad**, adaptándolas a la variación de los costes, a las nuevas prestaciones y a la morbilidad. Dichas primas serán comunicadas al Tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

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

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 ó 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.

No serán cubiertos ni reembolsables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren en suspenso.

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

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) El Tomador del seguro o el Asegurado deberá, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el asegurado.
- c) Comunicar al Asegurador, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una

de Madrid
28027 Madrid
Nº de Registro
Nº de Identificación Social
Nº de Identificación Fiscal
Nº de Identificación de Comercio Exterior
Nº de Identificación de Comercio Exterior
Nº de Identificación de Comercio Exterior
Nº de Identificación de Comercio Exterior

o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes desde que tiene el citado conocimiento.

b) En el caso de agravaciones del riesgo sobre un contrato ya celebrado: - El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe.

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) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) 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).

d) 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 el Delegado Provincial, 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 de la Entidad, de acuerdo con la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Servicio de Reclamaciones/Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (arts. 62 y 63 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

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. 61 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

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).

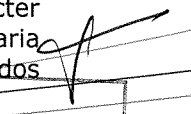
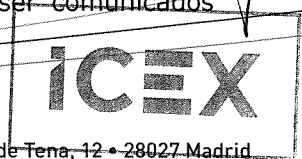
Decimotercera: Ámbito del Seguro

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el mundo para las coberturas de la modalidad de reembolso de gastos médicos y/o hospitalarios y para el territorio nacional en las coberturas de la modalidad de prestación de servicios siempre con los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales.

Se exceptúa lo establecido en 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

ISA, ASIJ
NITARIA
M-710
4280
F
081692
Sociedad
Luca de Tena, 12
28027 Madrid



entre dicha Entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, identificados como prestadores de servicios sanitarios en el Cuadro Médico elaborada por la Entidad o en su sitio web www.asisa.es. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

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

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

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

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



ANEXO II

INDICACIONES ONCOLÓGICAS DE LA P.E.T. (TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES)

Exclusivamente para las patologías oncológicas y con los objetivos diagnósticos especificados:

Diagnóstico inicial y caracterización:

- 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:


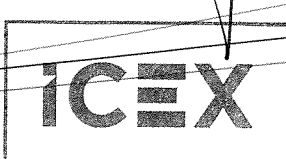
- Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV).
- Tumores de cabeza y cuello.
- Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de ovario.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno.



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.

ISA-ASI NITARIA INCIAL if Regist de Madr 3, S.A.U. Social Juan Ignacio Luca de Tena, 12 28027 Madrid



Juan Ignacio Luca de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55



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.

ISA, ASI
4288, E...
M-71 0...
NITARIA
M-71 0...
INCIALI
081492...
S.S.A.U.
Social...
Luca de...
Regist...
de Madr...
28027 M...



ANEXO V

ASISTENCIA EN VIAJES

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

ASEGURADO

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

FAMILIAR

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

ACCIDENTE

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

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

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

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

ENFERMEDAD GRAVE

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

AMBITO TERRITORIAL

La asistencia será válida en todo el mundo.

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

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



ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. C/Requet 10, 28027 Madrid

AMBITO TEMPORAL

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

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Gastos médicos en el extranjero

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

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

Para que tales gastos sean reembolsables, se deberá presentar la correspondiente 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**

2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

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

3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

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

Cuando el asegurado trasladado o repatriado por causa de enfermedad o accidente sea



menor de 18 años, se trasladará o repatriará con cargo a la aseguradora a un acompañante del asegurado.

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

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

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

5. Transporte de restos mortales

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

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

6. Acompañamiento de restos mortales.

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

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


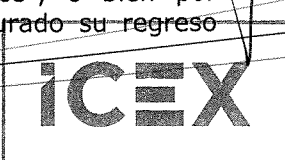
7. Desplazamiento de un familiar

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

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

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

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

ISA AS/ 4280 F... M-710...
NITARIA M-710...
5.5.A.U. ...
el Regist. ...
de Madrid ...
28027 Madrid

hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de un acompañante hasta el lugar de su Domicilio Habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase).

9. Acompañamiento de menores y discapacitados

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

10. Envío de medicamentos

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

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

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

11. Búsqueda y localización de equipaje

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

12. Transmisión de mensajes urgentes

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

13. Responsabilidad Civil.


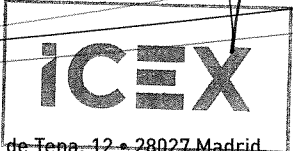
El seguro garantiza la indemnización de **hasta 4.000 euros** por daños personales, materiales y/o sus perjuicios consecuenciales causados por el Asegurado a un tercero y le puedan ser exigibles, conforme a la legislación vigente en el país correspondiente, por responsabilidad de naturaleza extracontractual.

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

14. Servicio de Información

La aseguradora dispondrá para sus asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas todas las 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

de Madr
28027 M
a) Regist
Lucas G.
5. S.A.U.I
Social
INCIAL
081672
NITARIA
M-71.0
USA, ASI
4380, F

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 las pólizas que se vinculen a este contrato.

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.

EXCLUSIONES

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

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

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 siempre anterior al sexto mes.

6.- Accidentes laborales o enfermedades profesionales.

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

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

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

de Madr
28027 Madr
El Regist
Social
5. SAU
INCIAL
081892
NTARIA
M:71.0
ISA, ASI
4280, Fax:



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

Todas las cantidades pagadas por la aseguradora o el coste de los servicios prestados, a petición de los asegurados y que en virtud de este contrato no sean a cargo de la aseguradora, constituyen adelantos aceptados por los asegurados que se obligan a

ICEX

Juan Ignacio Luca de Tena, 12 • 28027 Madrid
Tel.: 91 595 75 00 • Fax: 91 595 77 55

ISA, ASIJ, INIAPRIA, INCIAL, S. S.A.U. el Regist. Social, nº 4280, C.I.F. A4280, Madrid, España. N.º de inscripción: 081692. N.º de inscripción: 28027 Madrid.



rembolsarlos a la aseguradora en el plazo máximo de 30 días, contados a partir del requerimiento que a este efecto les haga la aseguradora.

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

SUBROGACIÓN

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

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

ISA, ASIJ
NITARIA
INCIAL I
S.S.A.U.
el Regret
de Madr
28027 Madrid

ANEXO VI

CONDICIONES ESPECIALES ASISA INTEGRAL

SUMA ASEGURADA

ASISA abonará, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria, cubierta por la Póliza, que hubiera recibido el Asegurado, una cantidad equivalente al 80% del importe de dichos gastos en España y del 80% en el extranjero, y siempre con un máximo de 100.000 € por Asegurado y por anualidad del Seguro.

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

LÍMITES ESPECIALES DE REEMBOLSO

En todo caso, y no obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, se establecen a continuación:

1) Asistencia Ambulatoria

1.1 HONORARIOS MÉDICOS EN MEDICINA PRIMARIA/FAMILIAR Y MÉDICOS ESPECIALISTAS

ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA	
LÍMITE MÁXIMO	100.000€
Consulta de Asistencia Primaria	60€
Consulta de Asistencia Especializada	125€
Atención Especial a Domicilio y Servicios a Domicilio	1.500€/Año
Foniatría y Logopedia	1.500€/Año
Medios complementarios de Diagnóstico	20.000€/Año

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



ISA ASH
4280, P...
NITARIA
10...
INCIAL I
0816921...
S SAU
el Regist
de Madr
28027 Madr

2) Asistencia Hospitalaria

2.1 HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

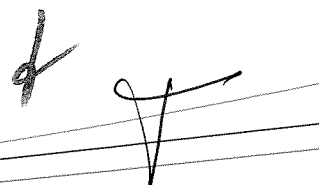
Las intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado se catalogarán dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Los límites máximos que se abonarán para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas y cualesquiera otros profesionales, serán los siguientes:

ASISTENCIA HOSPITALARIA	
LÍMITE MÁXIMO	100.000€
Hospitalización por día	300€
Hospitalización UVI/UCI (por día)	450€
Hospitalización Psiquiátrica	Máx. 60 días/Año
HH.MM, consultas en régimen de hospitalización	125€
Cirugía Grupo 0	500€
Cirugía Grupo 1	650€
Cirugía Grupo 2	1.200€
Cirugía Grupo 3	1.800€
Cirugía Grupo 4	2.400€
Cirugía Grupo 5	3.000€
Cirugía Grupo 6	3.600€
Cirugía Grupo 7	4.200€
Cirugía Grupo 8	6.500€
Prótesis	3.500€

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable para todos los conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización.

2.2 HONORARIOS MÉDICOS CUANDO NO EXISTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Gastos razonables y acostumbrados



ASISA ASISTENCIA SANITARIA S.S.A.U. inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 28027, Hoja M-710, C.I.F. B-100000000, N.º de inscripción 081692.

