



ASSSA
SEGUROS

CONDICIONES GENERALES



AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS, S.A.

Compañía fundada en 1935



AME SALUD PROTECCIÓN





DOMICILIO SOCIAL Y OFICINAS CENTRALES

Avda. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 ALICANTE
Tel. 965 200 106 · Fax 965 144 239
info@asssa.es · www.asssa.es

Inscrita en el Registro Mercantil de Alicante, Tomo 2.643, Libro 0, Folio 119,
Sección 8, Hoja A-76181. Inscripción 2.ª, C.I.F. A-28005312

Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la DGSFP con la clave C-0437



P Ó L I Z A D E S A L U D

ÍNDICE



	Pág.
1. Cláusula preliminar	1
2. Objeto del seguro	1
3. Descripción de la cobertura	2
4. Exclusiones	8
5. Forma de prestar los servicios	12
6. Pago de primas	13
7. Obligaciones del Tomador del Seguro y/o Asegurado	14
8. Derechos del Tomador del Seguro y/o Asegurado	14
9. Obligaciones de la Aseguradora	15
10. Duración del seguro	15
11. Pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato	15
12. Tratamiento de los datos de carácter personal	17
13. Comunicaciones y jurisdicción	17
14. Prescripción	18
15. Quejas y reclamaciones	18
16. Asistencia en viaje	18

1. Cláusula preliminar

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 15 de julio de 2015); y por su reglamento de desarrollo en la redacción del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 2 de diciembre de 2015); por las normas de las disposiciones complementarias que le sean aplicables y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación o definición del riesgo cubierto.

El Contrato de Seguro se compone de las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales si las hubiera y todos los Anexos que firmados por las partes hayan modificado las condiciones originales.

De conformidad con lo establecido en los Artículos 122 y 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se informa que Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., es una sociedad anónima con domicilio social en Avenida Alfonso X El Sabio, 14 de Alicante sometida al Derecho español y a la supervisión y control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, encuadrada en el Ministerio de Economía y Competitividad, con domicilio en el Paseo de la Castellana número 44, Madrid, 28046 y, con página web www.dgsfp.mineco.es

2. Objeto Del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza y mediante el pago de la prima y franquicia que en cada caso corresponda, ASSSA proporcionará al Asegurado, dentro del territorio nacional, y en las ciudades en las que disponga de cuadro médico, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de la cobertura de la póliza (cláusula 3).

En todo caso y conforme establece el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, ASSSA asumirá la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

3. Descripción de la cobertura

3.1. Asistencia primaria

- **MEDICINA GENERAL**

Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.

- **PEDIATRÍA Y PUERICULTURA**

Asistencia de niños de hasta 14 años de edad con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre, de orina y la radiología simple convencional.

- **SERVICIO DE ENFERMERÍA (Inyectables y curas)**

Servicio de Asistente Técnico Sanitario o Graduado Universitario de Enfermería que se prestará en consulta o a domicilio, previa petición escrita del médico de ASSSA.

3.2. Servicio de urgencias

- **ASISTENCIA PERMANENTE DE URGENCIA**

La asistencia sanitaria de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente que constan en el cuadro facultativo. La asistencia sanitaria de Medicina General y de Enfermería será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

- **AMBULANCIA**

Se prestará en caso de necesidad urgente y siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan utilizar otros servicios de transporte (coche particular, taxi, autobús, etc.) para el traslado terrestre desde el lugar en el que se encuentre el Asegurado hasta los centros de urgencias concertados por ASSSA que le correspondan. En todos los casos será necesaria la prescripción escrita de un médico de ASSSA con un informe que indique la necesidad de traslado asistido.

3.3. Especialidades médicas

La cobertura incluye las visitas y el Asegurado podrá elegir libremente el médico especialista de entre los que figuran en el cuadro médico de ASSSA, prestándose la asistencia siempre en la consulta privada, o bien, en clínica cuando el Asegurado esté hospitalizado.

Las especialidades garantizadas son:

- **ALERGOLOGÍA.**
- **ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN.** En Intervenciones quirúrgicas cubiertas por la póliza. Incluida Anestesia Epidural.
- **ANATOMÍA PATOLÓGICA.**
- **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.**
- **APARATO DIGESTIVO.**
- **CARDIOLOGÍA.**
- **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.**
- **CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.**
- **CIRUGÍA MÁXILO-FACIAL.**
- **CIRUGÍA PEDIÁTRICA.**
- **CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA.** Incluida la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical derivada de un proceso oncológico.
- **CIRUGÍA TORÁCICA.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).
- **DERMATOLOGÍA.**
- **ENDOCRINOLOGÍA.**
- **GINECOLOGÍA.** Incluye revisión ginecológica anual.
- **HEMATOLOGÍA.**
- **MEDICINA INTERNA.**
- **NEFROLOGÍA.**
- **NEUMOLOGÍA.**
- **NEUROCIRUGÍA.**
- **NEUROLOGÍA.**
- **ODONTO-ESTOMATOLOGÍA.** Incluye limpieza de boca anual, extracciones y curas estomatológicas derivadas de éstas y radiología simple de la cavidad oral.
- **OFTALMOLOGÍA.** Incluye la fotocoagulación por láser (yag y argon) y el trasplante de córnea **siendo la córnea por trasplantar por cuenta del Asegurado.**
- **ONCOLOGÍA MÉDICA.** Incluye el estudio del ganglio centinela en el cáncer de mama.
- **OTORRINOLARINGOLOGÍA.**
- **PSIQUIATRÍA.**
- **REUMATOLOGÍA.**
- **TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.**
- **UROLOGÍA.**

3.4. Medios de diagnóstico

Se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad en los centros sanitarios designados por la misma. Los medios de contraste utilizados se encuentran incluidos en la cobertura **hasta un máximo de 100 € por prueba.**

• MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

- **Análisis Clínicos, Bioquímica, Hematología, Microbiología y Parasitología.** Se excluye el Test de Sensibilidad Alimentaria.
- **Anatomía Patológica y Citopatología.** Incluye Inmunoquímica, Receptores Hormonales y Marcadores Tumorales.
- **Radiología Simple Convencional.**

• OTROS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

- **Radiodiagnóstico.** Incluye Densitometría Ósea, Ecografías (**excepto la Ecografía en 3D o 4D Obstétrica**), Mamografía, Angiografía, Arteriografía digital y Radiología no Intervencionista.
- **Análítica compleja.**
- **Medicina Nuclear.** Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
- **Resonancia Magnética Nuclear (RMN) Convencional.**
- **Tomografía Axial Computarizada (TAC/SCANNER) Convencional y Tomografía por Múltiples Detectores (DMD) exclusivamente para patologías del sistema coronario.**
- **Endoscopias Digestivas.** Excluida la cápsula endoscópica y la endoscopia digital.
- **Fibrobronoscopias diagnósticas y/o terapéuticas.**
- **Diagnóstico cardiológico:** Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Mapa, Doppler, Tomografía Coronaria, SPECT cardíaco y Hemodinámica.
- **Neurofisiología Clínica:** Electroencefalografía y Electromiografía.
- **Otoemisiones Acústicas** o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia.
- **Tomografía de coherencia óptica (OCT)** en diagnóstico oftalmológico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
- **Polisomnografía para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño a domicilio.**
- **Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad:** Seminograma, Histerosalpingografía y Cariotipo Constitucional (sangre periférica).

• ALTA TECNOLOGÍA DIAGNÓSTICA.

- **Angiotomografía computarizada** (AngioTC) multicorte, Angioresonancia (AngioRM) y la Resonancia de Vía Biliar.
- **Fibroscan o elastografía:** exclusivamente para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas. **Se limita a una por asegurado y año.**
- **Tomografía por emisión de Positrones (PET)** sola o combinada con la tomografía computarizada convencional (PET-TAC).

3.5. Medicina preventiva

Los programas de medicina preventiva que a continuación se detallan deberán ser realizados por médicos de la Entidad y en los centros sanitarios designados por la misma:

- **CHEQUEO GINECOLÓGICO**
 - **Revisión anual** incluyendo consulta, colposcopia, citología, ecografía y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados.
 - **Test HPV** para detección precoz de cáncer de cuello del útero según protocolos comúnmente aceptados.
- **CHEQUEO CARDIOLÓGICO**
 - **Revisión anual** incluyendo consulta, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y, si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.
- **PLAN DE PREVENCIÓN DERMATOLÓGICA**
 - **Consulta y revisión** de los cambios de tamaño, color y forma de los nevus displásicos o atípicos. **Se excluye la epiluminiscencia.**
- **CHEQUEO UROLÓGICO**
 - **Revisión anual** incluyendo consulta, ecografía renal y vesicoprostática, PSA (antígeno prostático específico), ecografía transrectal y/o biopsia prostática, si procede.
- **PLAN DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL**
 - **Consulta médica y exploración física.**
 - **Test específico** para detectar sangre oculta en heces.
 - **Colonoscopia en caso necesario según criterio médico y en población de riesgo con antecedentes.**
- **ODONTOLOGÍA**
 - **Consulta odontológica** y exploración del estado bucodental.
 - **Tartrectomías o limpieza de boca anual.**

3.6. Tratamientos terapéuticos

Se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad en los centros sanitarios designados por la misma.

- **OXIGENOTERAPIA AMBULATORIA Y A DOMICILIO.**
- **REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.** Para el tratamiento de procesos traumatológicos agudos, por intervención y/o traumatismo (no dolor crónico) siempre que los mismos hayan sido contraídos con posterioridad a la fecha de efecto del contrato.

Se prestará con carácter ambulatorio. Debe estar dirigida por un médico, auxiliado por fisioterapeutas y realizado en un centro idóneo para tal fin e incluido en el Cuadro Médico vigente.

- **REHABILITACIÓN CARDIOLÓGICA.** Tras intervención de cirugía cardíaca coronaria y/o vascular.
- **ORTÓPTICA.** Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo.
- **HIPERtermia prostática.**
- **TRANSFUSIONES DE SANGRE Y/O PLASMA exclusivamente en régimen de hospitalización cubierta por la póliza.**
- **LITOTRICA RENAL Y BILIAR.**
- **TRATAMIENTO DEL DOLOR.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y/o con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas. Asimismo, se cubre el internamiento producido por la complicación aguda del tratamiento y por la implantación de reservorios, **durante un período máximo de 7 días por proceso. Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y/o prótesis.**
- **LASERTERAPIA.** Se prestará en tratamientos de oftalmología (láser yag y argón).

3.7. Hospitalización

Se realizará en un centro sanitario designado por la Entidad y siempre previa prescripción por escrito de un facultativo de ASSSA y autorización emitida por las Oficinas de la Entidad en las siguientes condiciones:

- **HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA.**

En habitación individual con cama para acompañante siendo de cuenta de ASSSA los gastos de estancia en planta, quirófano y productos anestésicos, material de curas y la medicación utilizados en el acto quirúrgico dentro del quirófano. También serán a cargo de Entidad la manutención del enfermo y de su acompañante. **La medicación y el material en planta hospitalaria serán a cargo de la Entidad hasta un máximo de tres mil euros al año por Asegurado.**

La duración de la hospitalización objeto de la cobertura será la determinada por el médico encargado de la asistencia y mientras se mantenga la causa quirúrgica como causa de la hospitalización.

- **HOSPITALIZACIÓN MÉDICA.**

En habitación individual con cama para acompañante para el tratamiento de enfermedades médicas. Los gastos de estancia en planta y manutención del enfermo serán por cuenta de ASSSA, **siendo la cobertura máxima de 150.000 € por siniestro.**

- **HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA para:**

- **RADIOTERAPIA** con acelerador lineal de electrones (ALE) **en hospital de día.**
- **QUIMIOTERAPIA.** Los tratamientos quimioterapéuticos garantizados serán aquellos en los que se utilicen productos farmacéuticos citostáticos autorizados por el Ministerio de Sanidad y que se expendan en el mercado nacional. La cobertura incluye: las consultas, la planificación y el seguimiento por el médico especialista en oncología de la Entidad tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el ingreso fuera necesario en habitación individual con cama para acompañante siendo de cuenta de ASSSA los gastos de estancia en planta y manutención del enfermo **hasta un máximo de quince días por proceso y la medicación a cargo del Asegurado.**

- **HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.**

En habitación **sin cama para acompañante** para el tratamiento de brotes agudos por esquizofrenia y/o trastornos mentales que no puedan tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento **siempre y cuando no se trate de enfermedades crónicas ya diagnosticadas y reagudizadas.** Los gastos de estancia y manutención del enfermo serán por cuenta de ASSSA **siendo la cobertura máxima de 15 días por año y Asegurado.**

- **HOSPITALIZACIÓN EN UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).**

Los gastos de estancia y manutención del enfermo serán por cuenta de ASSSA, **siendo la cobertura máxima de 150.000 € por siniestro.**

- **HOSPITALIZACIÓN DE DÍA.**

Serán de cuenta de ASSSA los gastos de medicación y el material en planta **hasta un máximo de tres mil euros al año por Asegurado.**

3.8. Otros servicios

- **PODOLOGÍA en consulta.**

- **SERVICIO TELEFÓNICO DE ORIENTACIÓN MÉDICA 24 HORAS.** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

- **HOMEOPATÍA.** Se prestará por un facultativo concertado por la Entidad. **Límite 12 sesiones por año y Asegurado.**

- **PRÓTESIS MAMARIAS** tras mastectomía radical oncológica. Será a cargo de la Entidad el coste de la prótesis **hasta un máximo de 600 Euros por proceso.**

4. Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura del presente seguro:

1. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas que sean preexistentes (embarazo o gestación) a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por la Aseguradora en las Condiciones Particulares. El Tomador del seguro, en su nombre y en el de los beneficiarios, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos e inclusive la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, la afección quedará excluida de las coberturas del contrato de seguro. Si constaran declaradas enfermedades preexistentes y/o congénitas, ASSSA se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de aseguramiento.
2. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causadas por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
3. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de las actividades de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, quad, hípica, parapente, puenting, barranquismo, esquí (dentro y fuera pistas), participación en apuestas y competiciones, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica manifiestamente peligrosa.
4. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general, incluyendo los entrenamientos preparatorios para participar en dichas competiciones.
5. La Asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones y trastornos alimentarios, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia, imprudencia del Asegurado o lesiones por riñas, agresiones.

6. Análisis y otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
7. La Medicina y chequeos de carácter preventivo salvo los detallados en la Cláusula 3ª del presente contrato. Los productos farmacéuticos y todo tipo de vacunas y autovacunas salvo las detalladas expresamente en las Condiciones Generales. Así como el suministro de Extractos en procesos alérgicos.
8. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con ello, y la reducción embrionaria instrumental selectiva. También está excluido el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.
9. La asistencia sanitaria derivada y/o relacionada con la especialidad de obstetricia.
10. Cualquier tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología. Así como las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.
11. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
12. Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, injertos o autoinjertos , a excepción de lo expresamente detallado como cubierto en la Cláusula 3ª. La Aseguradora no se hace cargo del órgano a trasplantar ni de su conservación y/o traslado.
13. Material de osteosíntesis, materiales y medicamentos biológicos o sintéticos, las piezas anatómicas y ortopédicas, injertos, mallas, implantes de columna y el corazón artificial así como las prótesis de cualquier clase que serán siempre por cuenta del Asegurado, excepto las expresamente detalladas como cubiertas y con los límites indicados en la Cláusula 3ª del presente contrato. En ningún caso tendrán cobertura las prótesis si la intervención quirúrgica necesaria para su colocación tampoco la tuviera.

14. Pruebas genéticas y de biología molecular así como cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética.
15. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, así como la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria.
16. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, y la rehabilitación de carácter neurológico y de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación realizada en el domicilio y aquella que se realiza en centros no autorizados y/o no inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma respectiva.
17. La medicación de cualquier tipo a excepción de la expresamente detallada como cubierta en la Cláusula 3ª del presente contrato.
18. El tratamiento de diálisis, hemodiálisis y riñón artificial así como la Cámara Hiperbárica.
19. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas.
20. Los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
21. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. La hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, la hospitalización derivada de procesos terminales y los ingresos hospitalarios por razones de tipo social, personal o familiar y la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria. Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades

Autónomas. En todo caso ASSSA se reserva la facultad de reclamar al Asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.

22. En Psiquiatría y Psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita y del desarrollo de diverso origen.
23. Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de la roncopatía o de la apnea obstructiva del sueño. Los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas, la Braquiterapia, la Protonterapia, la Neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, la Radiocirugía Estereotáxica extracraneal y/o adaptada a la respiración (4D).
24. La cirugía robótica (Da Vinci entre otros) y la asistida por neuronavegadores, los sistemas de navegación o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica de ablación por radiofrecuencia.
25. La Medicina Regenerativa, la Biológica, la Inmunoterapia, las Terapias Biológicas, la Terapia Génica o Genética, así como las aplicaciones de todas ellas. Además quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
26. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.
27. El DATSCAN-SPECT cerebral (Tomografía de Fotón Único (Espectrografía - SPECT)), la Espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 Teslas) y la Biopsia por fusión RMN.
28. Las intervenciones quirúrgicas derivadas de la epilepsia o del Parkinson, la cirugía de la obesidad e implantación o colocación del balón gástrico y la cirugía de cambio de sexo.
29. Cualquier tipo de asistencia médica (diagnóstica, terapéutica y/o quirúrgica) mediante láser salvo lo expresamente detallado como cubierto en la Cláusula 3ª.

30. La Logopedia y la Foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen.
31. Los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia empleados en especialidades tales como Angiología y Neurocirugía.
32. El Kit, material y utillaje de rizólisis y facetas lumbares en infiltraciones de espalda así como el kit de radiofrecuencia.
33. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la cláusula 3ª del presente contrato, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia médico-hospitalaria.

5. Forma de prestar los servicios

- 5.1. La asistencia sanitaria cubierta se prestará en todas las ciudades donde ASSSA disponga de cuadro médico concertado. Cuando en alguna de estas poblaciones no exista alguno de los servicios garantizados en el presente contrato, será facilitado en cualquier otra ciudad donde pueda ser prestado, **siendo los gastos de desplazamiento por cuenta del Asegurado.**
- 5.2. El Asegurado puede elegir libremente cualquiera de los médicos que figuran en el cuadro médico vigente para recibir el servicio que precise de acuerdo con las coberturas garantizadas en la presente póliza. Deberá confirmar los datos que figuran en el cuadro médico y solicitará telefónicamente cita para consulta identificándose como Asegurado de ASSSA.

El Asegurado está obligado en el momento de recibir la asistencia a presentar la tarjeta sanitaria y, si se lo solicitan, su documento de identidad.

- 5.3. Las visitas domiciliarias se realizarán **únicamente cuando el Asegurado, como consecuencia de enfermedad, no pueda desplazarse a la consulta de su médico de familia** y tendrán que solicitarse antes de las 09:00 horas para ser realizadas en la mañana y antes de las 16:00 horas para ser efectuadas en la tarde del mismo día. Los avisos recibidos después de esta hora serán atendidos al día siguiente, salvo en los casos de urgencia para los que el Asegurado deberá solicitar el servicio al centro de urgencia que con carácter permanente tiene establecido la Entidad y que figura en el cuadro médico.

El servicio de ATS/ENFERMERÍA precisará siempre la prescripción por escrito de un facultativo de ASSSA. Para la prestación de este servicio a domicilio regirán las mismas normas establecidas para las visitas domiciliarias anteriormente descritas.

La Aseguradora se obliga a prestar la asistencia sólo en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza. Cualquier cambio de éste deberá ser notificado a la Aseguradora por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días a la solicitud de prestación de servicios en el nuevo domicilio.

- 5.4.** La prestación de determinados servicios deberá ser prescrita por un médico de la Entidad y el Asegurado deberá obtener la autorización en las oficinas de ASSSA. Esta autorización, una vez entregada, vinculará económicamente a la Entidad, salvo que se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.

Requerirán previa autorización los Medios de Diagnóstico (excepto Diagnósticos Básicos), los Tratamientos Terapéuticos, Chequeos Médicos y determinadas especialidades que serán debidamente informadas en el cuadro médico vigente.

En los casos de urgencia, será suficiente la orden del médico de la Entidad, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la misma dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso. En este último supuesto, la Entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste su decisión en el caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

Para recibir un servicio de urgencia deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los establecidos en el cuadro médico vigente de ASSSA.

6. Pago de primas

- 6.1.** El Tomador del Seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima única que se verificará en el domicilio del Tomador del Seguro salvo que se especifique otra cosa en las Condiciones Particulares.

Dicha obligación de pago es única y por todo el tiempo de duración de la póliza.

- 6.2.** La prima será exigible una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará libre de su obligación, salvo pacto en contrario.

- 6.3.** La Aseguradora sólo quedará vinculada por los recibos emitidos por la Dirección de la misma o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago de las primas efectuado a un Agente exclusivo de la Aseguradora surtirá los mismos efectos que si se hubiera efectuado directamente a ella.

7. Obligaciones del Tomador del Seguro y/o Asegurado _____

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

- 7.1.** Antes de formalizar el contrato debe declarar a la Aseguradora de acuerdo con el cuestionario de salud a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación cuando la Aseguradora no le someta a cuestionario alguno o cuando aun sometiéndole al mismo se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

La Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde que conozca la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurran dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviniere antes de que la Aseguradora haga la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, quedará la Aseguradora liberada del pago de la prestación (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

- 7.2.** Comunicar a la Aseguradora tan pronto como le sea posible el cambio de domicilio.
- 7.3.** Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. **El incumplimiento de este deber liberará a la Aseguradora de toda prestación derivada del siniestro.**
- 7.4.** Cuando la Aseguradora conozca que se han realizado actuaciones sanitarias que se encuentran excluidas de cobertura, tendrá la facultad de reclamar su importe al Asegurado o a la entidad aseguradora que deba cubrir dichas actuaciones sobre la base de un seguro de responsabilidad civil o de asistencia sanitaria. El Asegurado viene obligado a colaborar para que la subrogación frente a la Aseguradora tenga plena eficacia y se produzca satisfactoriamente el recobro del coste sanitario excluido de cobertura. **En caso de incumplimiento del deber de colaboración, el coste de la asistencia sanitaria será a cargo del Asegurado.**

8. Derechos del Tomador del Seguro y/o Asegurado _____

- 8.1.** Los que se enumeran en la cláusula 3ª como Descripción de la Cobertura.
- 8.2.** El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar de la Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas.

- 8.3.** Igualmente, el Tomador del Seguro y/o Asegurado tiene derecho a que la póliza se redacte en cualquiera de las lenguas oficiales españolas del lugar en que se formalice o en otra distinta si así lo solicita de conformidad con la Directiva 92/96 de la Comunidad Europea y el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

9. Obligaciones de la Aseguradora

- 9.1.** Además de prestar la asistencia contratada, la Aseguradora deberá entregar al Tomador del Seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional, así como una copia del cuestionario de salud y de los demás documentos suscritos por el Tomador.
- 9.2.** Igualmente, la Aseguradora entregará al Tomador del Seguro la tarjeta sanitaria y el cuadro médico en el que se especificará el centro o centros permanentes de urgencia, los sanatorios, clínicas y las direcciones de los facultativos de las distintas especialidades.

10. Duración del seguro

- 10.1.** El Seguro se estipula por el período de tiempo que se establece en las Condiciones Particulares.

Expresamente se establece que no cabrá prórroga alguna en el presente contrato quedando por tanto extinguido en la fecha de vencimiento sin que sea preciso instar la resolución del mismo por alguna de las partes.

La Aseguradora no podrá rescindir la póliza durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario de carácter urgente del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

La Aseguradora sólo podrá rescindir el contrato en el supuesto de que exista dolo o mala fe por parte del Tomador del Seguro y/o Asegurado.

11. Pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato

- 11.1.** El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud.** La Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde que conozca la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurran dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviniere antes de que la Aseguradora haga la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, quedará la Aseguradora liberada del pago de la prestación (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

- b) Cuando el siniestro hubiera sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
- c) Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

11.2. El Asegurado podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro médico, siempre que tal variación afecte al médico de familia, tocólogo, pediatra de zona o afecte al 50% del cuadro de especialistas, debiendo notificar tal decisión a la Aseguradora de forma fehaciente. **No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justa o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y electro-radiólogos.**

11.3. Si se hubiera practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y la Entidad 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 salvedad en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiere reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable una vez transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador del Seguro y/o el Asegurado hubieren actuado con dolo.

11.4. Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta la edad de alguno de los Asegurados, la Aseguradora sólo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquéllos a la fecha de entrada en vigor de la póliza excediere de los límites de admisión de la Aseguradora.

En el supuesto de que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la prima pagada hubiera sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas en concepto de prima y las que le hubiere correspondido pagar en función de su verdadera edad. Si el importe ya abonado fuera superior, la Aseguradora estará obligada a reintegrar al Tomador el exceso percibido.

12. Tratamiento de los datos de carácter personal _____

- 12.1.** De conformidad con lo dispuesto en la normativa europea y española vigente en materia de protección de datos de carácter personal, la Aseguradora se obliga a conservar de forma confidencial los datos que reciba del Tomador del Seguro y/o Asegurado. Y aplicará todas las medidas técnicas y organizativas, a fin de cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa vigente.
- 12.2.** La Aseguradora queda expresamente autorizada por el Tomador del Seguro y/o Asegurado para tratar los datos personales, cuya legitimación se basa en lo necesario para la ejecución del contrato o póliza suscrita, y que figuren en los cuestionarios o que sean conocidos como consecuencia de siniestros, elaborando los archivos necesarios con información personal con la única finalidad de mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica entre el Titular y la Aseguradora. Dichos datos serán conservados por la aseguradora durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.
- 12.3.** El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros S.A., siendo la dirección donde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos, y demás descritos en el Reglamento (UE) 679/2016 General de Protección de Datos, Avenida Alfonso X El Sabio, 14 – Entresuelo, 03004, Alicante. Pudiendo además presentar reclamación ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos- www.aepd.es).

13. Comunicaciones y jurisdicción _____

- 13.1.** Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado se realizarán, siempre por escrito, en el domicilio social de ésta que figura en la póliza, pero si se realizan a un agente o representante de ella surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a la Aseguradora, conforme al artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro.
- 13.2.** Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro y/o Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos que figure en la póliza, salvo que éstos hubiesen notificado a la Aseguradora su cambio de domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor o Correduría de Seguros a la Aseguradora en nombre del Tomador surtirán los mismos efectos que si las realizara directamente el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste (artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro).

- 13.3.** El presente contrato queda sometido a la Jurisdicción española, siendo Juez competente el correspondiente al domicilio del Asegurado (artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro).

14. Prescripción

De conformidad con el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro, las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco años a contar desde el momento en que las mismas pudieren ejercitarse.

15. Quejas y reclamaciones

ASSSA dispone del Servicio de Atención al Cliente y del Defensor del Cliente para atender y resolver las quejas y reclamaciones conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo y, al Reglamento para la defensa del cliente de ASSSA que se encuentra en las oficinas de ASSSA a disposición del Asegurado.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones al:

- Servicio de Atención al Cliente, mediante escrito dirigido a Av. Alfonso X el Sabio, 14, 03004 Alicante o mediante correo electrónico a la dirección sacquejasyreclamaciones@asssa.es.
- Defensor del Cliente, mediante escrito dirigido a C/ Velázquez 80, 28001 Madrid, o mediante correo electrónico a la dirección reclamaciones@da-defensor.org.

Los Asegurados o personas legitimadas que acrediten haber formulado su reclamación a cualquiera de las instancias anteriormente citadas y no estén conformes con su resolución, o que, transcurrido el plazo de un mes desde la presentación de la misma ésta no haya sido resuelta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, o a través de la web www.dgsfp.mineco.es.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, también podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

16. Asistencia en viaje

El Asegurado, residente en España y que se desplace por España o en el Extranjero tendrá derecho a las garantías establecidas en el punto 16.1 siempre que **la asistencia requerida se produzca dentro de los 90 días consecutivos desde el inicio del viaje y, cuando el asegurado se halle a más de 30km de su domicilio habitual.**

16.1. Descripción de las coberturas cubiertas

Asistencia médica y sanitaria

Los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado, enfermo o herido, **con un límite de 15.000€ por persona cuando la Asistencia requerida se produzca en el Extranjero y un límite de 900€ por persona cuando esta Asistencia se produzca en España.**

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalizaciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.

En caso de urgencia vital como consecuencia de una complicación imprevisible de una enfermedad crónica o preexistente, quedarán cubiertos **únicamente los gastos de una primera asistencia sanitaria realizada con carácter de urgencia y dentro de las primeras 24 horas a contar desde su ingreso en el centro hospitalario. Los gastos cubiertos por esta causa no podrán superar en ningún caso el 10% de la suma asegurada para la garantía de Asistencia médica sanitaria.**

Los gastos de la intervención de profesionales por problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia **con un límite de 120€ por persona y año.**

Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos

En caso de accidente o enfermedad sobrevenida del Asegurado, quedarán cubiertos:

- a) Los gastos de traslado en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) El control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) Los gastos de traslado del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. El medio de transporte utilizado se decidirá en función de la urgencia y la gravedad del caso. Exclusivamente en Europa, podrá utilizarse un avión sanitario especialmente acondicionado.

Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, quedará cubierto, en su momento, el subsiguiente traslado hasta el mismo.

En el supuesto de que el Asegurado no tenga su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

Repatriación o transporte de los demás Asegurados

Cuando en aplicación de la garantía de «Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos» o «Repatriación o transporte del Asegurado fallecido», se haya repatriado o trasladado, por enfermedad, accidente o fallecimiento, a uno de los Asegurados y ello impida a su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado, hermanos, o a un acompañante la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos estará cubierto el transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

En el supuesto de que las personas a las que hace referencia el párrafo anterior no tengan su residencia habitual en España, se les repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

Repatriación o transporte de hijos menores o con discapacidad

Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía de “Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos”, viajara en la única compañía de hijos con discapacidad o de hijos menores de quince años, estará cubierto el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

En el supuesto de que las personas a las que hace referencia el párrafo anterior no tengan su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

Desplazamiento de un familiar o acompañante en caso de hospitalización

- a) Si el estado del Asegurado enfermo o herido requiere su hospitalización durante un período superior a cinco días, se pondrá a disposición de un familiar del Asegurado, o de la persona que este designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo.
- b) Se abonará, contra la presentación de las correspondientes facturas, una cantidad equivalente a los gastos de estancia del acompañante, **con el límite de 100€ al día con un máximo de 10 días en el caso de desplazamiento al extranjero y un límite de 50 € al día con un máximo de 10 días cuando el desplazamiento se produzca en España.**

- c) Si el asegurado viaja en compañía de hijos con discapacidad o menores de 18 años y la hospitalización se prevé superior a un día, se pondrá a disposición de un familiar del Asegurado, o de la persona que este designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañar a sus hijos. No obstante, y en tanto no llegue el familiar o persona designada por el Asegurado, se asumirá la gestión, siempre que sea posible, y el coste de la contratación de un cuidador al objeto de que se haga cargo de la custodia de los hijos con discapacidad o menores de 18 años.

Convalecencia en hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, quedarán cubiertos los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, **con el límite de 100€ al día con un máximo de 10 días en el caso de desplazamiento en el extranjero y un límite de 50€ día con un máximo de 10 días cuando el desplazamiento se produzca en España.**

Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

En caso de defunción de un Asegurado, quedará cubierto la organización del traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España y también los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento post mortem de acuerdo con los requisitos legales.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

Quedará cubierto el regreso a su domicilio de los demás Asegurados, cuando estos no pudieran hacerlo por los medios inicialmente previstos.

En el supuesto de que el Asegurado no tenga su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

Desplazamiento de un familiar en caso de fallecimiento

- a) En caso de fallecimiento de un Asegurado, quedará cubierto la organización y el desplazamiento de un familiar hasta el lugar de la defunción para que pueda acompañar el cuerpo en el viaje de repatriación.
- b) Se abonará, contra la presentación de las correspondientes facturas, una cantidad equivalente a los gastos de estancia del acompañante, **con el límite de 100€ al día con un máximo de 10 días en el caso de desplazamiento en el extranjero y un límite de 50€ día con un máximo de 10 días cuando el desplazamiento se produzca en España.**

Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar

Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de un familiar tal y como se define en esta póliza, quedará cubierto el transporte, ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España.

Alternativamente a su elección, el Asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual.

Regreso anticipado por siniestro grave en el hogar o local profesional del Asegurado

Se pondrá a disposición del Asegurado un billete de transporte para el regreso a su domicilio en España, en caso de que este deba interrumpir el viaje por daños graves en su residencia principal o en local profesional del Asegurado **siempre que sea este el explotador directo o ejerza una profesión liberal en el mismo, ocasionados por incendio, siempre que este haya dado lugar a la intervención de los bomberos, robo consumado y denunciado a las autoridades policiales, o inundación grave**, que haga imprescindible su presencia, no pudiendo ser solucionadas estas situaciones por familiares directos o personas de su confianza, **siempre que el evento se haya producido después de la fecha de inicio del viaje.**

Asimismo, el Asegurado dispondrá de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en su viaje al Asegurado que anticipó su regreso, **siempre que esta segunda persona se encuentre a su vez asegurada por esta póliza.**

Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados

En caso de pérdida de equipajes en vuelo regular, se arbitrará todos los medios a su alcance para posibilitar su localización, informar al Asegurado de las novedades que al respecto se produzcan y, en su caso, hacerlo llegar a manos del beneficiario sin cargo alguno para el mismo.

Transmisión de mensajes urgentes

Se transmitirán los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, a consecuencia de los siniestros cubiertos por las presentes garantías.

Envío de medicamentos en el extranjero

En el caso de que el Asegurado, estando en el extranjero, necesite un medicamento que no pueda adquirir en dicho lugar, se localizará y enviará por el conducto más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

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

El Asegurado tendrá que reembolsar el coste del medicamento, a la presentación de la factura de compra del mencionado medicamento.

Servicio de Intérprete

Si por cualquiera de las garantías asistenciales cubiertas por la presente póliza de Asistencia en Viaje, el Asegurado necesitara la presencia de un intérprete en una primera intervención, se pondrá a su disposición una persona que posibilite una correcta traducción de las circunstancias y situaciones al Asegurado.

Información legal en el extranjero

En el caso de que el Asegurado tuviera un problema jurídico con terceras personas, relacionado con un accidente sobrevenido en su vida privada, se le pondrá en contacto con un Abogado, si existiera en la localidad, para concertar una entrevista con el Asegurado, **y a cargo de este.**

Este servicio se facilitará únicamente en los países que mantengan relaciones diplomáticas con España, excepto en los casos de fuerza mayor o en caso de un suceso fuera del control de la Aseguradora. **La Aseguradora no se hace responsable del resultado obtenido con motivo de la consulta legal.**

16.2. Exclusiones

Las garantías concertadas no comprenden:

- a) Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.
- b) Las dolencias, enfermedades crónicas, congénitas y/o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje o al momento de la suscripción del seguro, excepto las expresamente cubiertas.
- c) La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del Asegurado.
- d) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.

- e) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas, ortesis y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.
- f) Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en apuestas, competiciones o pruebas deportivas, y la práctica de actividades deportivas y/o de aventura no cubiertas expresamente.
- g) Los supuestos que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, disturbios o actos terroristas.
- h) Los siniestros que se produzcan en aquellos países que, durante el viaje o desplazamiento del asegurado, se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente. Estas zonas podrán identificarse cuando el Ministerio de Asuntos Exteriores tenga emitida una recomendación de no viajar por cuestiones de seguridad.
- i) Las lesiones producidas por la práctica profesional de cualquier tipo de deporte.
- j) El rescate de personas en el desierto y/o mar.
- k) Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico de importe inferior a 9€.
- l) La utilización de avión sanitario salvo en Europa y siempre a criterio del Equipo Médico.

16.3. Declaración de un siniestro

Ante la producción de un siniestro que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá, indispensablemente, comunicarse con el servicio telefónico de urgencia establecido por la Aseguradora, indicando el nombre del Asegurado, número de póliza, lugar donde se encuentra, número de teléfono de contacto y tipo de asistencia que precise. Esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido, en caso de imposibilidad el Asegurado podrá solicitar el reembolso del coste de las llamadas que realice a la Compañía, siempre que esté debidamente documentado y justificado.

16.4. Disposiciones adicionales

No se asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con un acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible una intervención directa, se reembolsará al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.



**TELÉFONO DE ATENCIÓN
AL ASEGURADO**

932 265 966