

ATENCION AL CLIENTE 24 HORAS - 91 991 19 99

A.S.I.S.A., Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros Sociedad Anónima, con C.I.F.: A-08169294 y domicilio social en c/ Juan Ignacio Luca de Tena 10, 28027 Madrid.

C E R T I F I C A :

Que D/Dña **<Applicant Name>** con pasaporte **<Passport number>** tiene contratada en esta Entidad la póliza de Asistencia Sanitaria num. **<policy number>** desde **<start date>** , hasta **<end date>**, **estando al corriente de pago** y cuya cobertura abarca especialidades médicas, pruebas de diagnóstico y hospitalización incluyendo la repatriación a su país de origen. Se eliminan los periodos de carencia y copagos.

La póliza tiene una cobertura del 100% a nivel nacional en gastos médicos, hospitalarios y extrahospitalarios dentro del Cuadro Médico, sin límites del capital conforme lo establecido en el Condicionado General. Se eliminan los periodos de carencias y copagos.

Las coberturas de la póliza incluyen

Medicina General
Hospitalización (médica y quirúrgica)
Técnicas especiales de tratamiento
Cobertura en sesiones psicoterapia (Máximo 20 sesiones)
Medicina Especializada
Traslado de enfermos
Enfermería (DUE/ A.T.S)
Prótesis e implantes
Servicio de Urgencia 24 horas
Planificación familiar
Medios de diagnóstico
Trasplantes
Repatriación en caso de fallecimiento, accidente o enfermedad grave
Sin Copagos, ni deducible
Sin Carencias

Incluido el seguro de asistencia en viaje

Y para que surta los efectos oportunos se expide el presente certificado
En Málaga a las **<hh:mm>** del **<date>**

Póliza: <policy number>

Asegurado: <applicant name>

pasaporte: <Passport number>

COBERTURAS ASISA SALUD

DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato se entenderán por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lista de Facultativos: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por ASISA en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A estos efectos, se considerarán Listas de Facultativos de ASISA tanto las de las provincias en las que esta opera directamente como las de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras aseguradoras. En cada Lista de Facultativos provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y urgencias. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Lista de Facultativos actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia. Los datos que figuran en la Lista de Facultativos pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la entidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Primera: Objeto y límite del Seguro

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

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

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

1.- Servicio de Urgencia

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

2.- Medicina General

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

3.- Pediatría

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

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

4.- Medicina Especializada

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

Las Especialidades médicas existentes son las siguientes:

- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesiología y reanimación
- Angiología y Cirugía Vascular
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología
- Geriatria
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatología
- Urología

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

5.- Enfermería (D.U.E. /A.T.S.)

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

6.- Podología

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

7.- Medios de Diagnóstico

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

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

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

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, radiología vascular, ecografía, mamografía, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner), R.M.N. (Resonancia Magnética), estudios gammagráficos, P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) **(exclusivamente para aquellas patologías oncológicas en las que está aprobado el marcador FDG, incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales).**

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

Aparato Digestivo: Endoscopia (**excluidas las exploraciones mediante cápsula endoscópica**).

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

Obstetricia y Ginecología: Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis, Cariotipos.

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

Urología: Uretrocistoscopia, Cistoscopia, Ureteroscopia, Estudios Urodinámicos.

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

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento

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

Estos servicios comprenden:

Aerosoles y Ventiloterapia.- Siendo la medicación por cuenta del Asegurado.

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 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 (**no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáctica, la Braquiterapia Prostática, la Radioterapia de Intensidad Modulada, la Tomoterapia ni otras formas especiales de Radioterapia**).

Oxigenoterapia a domicilio.- No se incluyen los tratamientos con CPAP o BIPAP.

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.

9.- Hospitalización (incluida Hospital de Día)

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

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, 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 de la Lista de Facultativos y autorizada con carácter previo en la Entidad. La permanencia en régimen de Hospitalización no tiene límite de estancias y dependerá de si, según criterio del médico de la Lista de Facultativos, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

Estos servicios incluyen:

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

- **Hospitalización pediátrica.**

* Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto y mientras la madre permanezca en la clínica.

* Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en Centro Especializado (Neonatología, Incubadora)

* Hospitalización por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica.

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

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

- **Hospitalización por motivo quirúrgico**

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

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

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

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

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

En estos casos no incluye cama de acompañante.

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.

11.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

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

12.- Prótesis e Implantes

La Entidad cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes que se detallan a continuación: Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis (**excluidos los sustitutivos de hueso natural, cerámicas fosfocálcicas, cementos fosfocálcicos, sulfato cálcico, colágeno, materiales osteoinductores, matriz ósea desmineralizada, proteína ósea morfogenética, factores de crecimiento**); las prótesis valvulares cardíacas; las prótesis vasculares tipo "by pass" y los stents; 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, correrá a cargo del asegurado.

13.- Planificación Familiar

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

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

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

15.- Trasplantes

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

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

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

16.- Psicoterapia

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

No serán de cobertura por la entidad los test psicológicos, la psicopedagogía, la psico-terapia 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.

17.- 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.

Sin carencias

Sin copagos

Sin preexistencias

Prestación y utilización de los servicios

1. Derecho a la asistencia.

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

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

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

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

2. Libertad de elección de médico

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

3. Asistencia primaria

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

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

Los servicios de Enfermería (D.U.E./A.T.S.) se prestarán en la misma forma que los de

Medicina General, precisando orden escrita del facultativo que hace la prescripción con indicación de si ha de realizarse a domicilio o en consulta y la duración de los mismos.

4. Asistencia domiciliaria

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

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

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

5. Asistencia Especializada

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

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

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

6. Servicios de Urgencia

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

7. Asistencia a Desplazados

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

8. Medios de Diagnóstico y Tratamiento

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

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

9. Hospitalización

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

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

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

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

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

Para obtener una o más prórrogas de los días de Hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlo de la Entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones al respecto. En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.). La permanencia en régimen de Hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar y continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en aquella ya no es indispensable.

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

Ámbito del Seguro

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

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

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

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

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

REPATRIACION- ASISA RETORNO

1. Seguro de Repatriación

Se presenta esta propuesta de Asistencia para dar cobertura de Transporte de Restos Mortales a País de Origen, a los ALUMNOS EXTRANJEROS incluidos en una póliza de Salud con Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal, que estén cursando estudios en ESPAÑA.

ÁMBITO TERRITORIAL Y FRANQUICIA: La asistencia será válida en todo el Mundo, siempre que el fallecimiento se produzca en España.

1.1. Garantías y Límites

TRASLADO INTERNACIONAL DE RESTOS MORTALES

En caso de fallecimiento por enfermedad o accidente del Asegurado en España, los beneficiarios, herederos o personas con capacidad legal para decidir, podrán optar entre:

Traslado de restos mortales desde España hasta el aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación en el país de origen, previa comunicación por parte de los herederos, beneficiarios del asegurado o personas con capacidad legal para decidir, de la Funeraria que se hará cargo de los restos mortales en dicho aeropuerto. Así mismo se cubrirán hasta 1.500 euros en concepto de gastos de traslado desde el aeropuerto internacional hasta la localidad de inhumación en el país de origen.

En caso de no realizar dicho traslado, EUROP ASSISTANCE contribuirá a los gastos de sepelio en España hasta un máximo de 3.200 euros.

PARA REEMBOLSO DE CUALQUIER GASTO SERÁ INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y JUSTIFICANTES ORIGINALES.



asisa
Asistencia Sanitaria
Interprovincial
de Seguros, S. A.
Delegación Málaga



ANEXO I

CONDICIONADO DEL SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJES

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

ASEGURADO

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

FAMILIAR

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

ACCIDENTE

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

Con respecto a los vehículos, se considerará accidente un hecho violento, súbito, externo e

involuntario que cause daños al vehículo objeto de cobertura.

ENFERMEDAD SOBREVENIDA

AMBITO TEMPORAL

Las prestaciones posteriormente definidas serán válidas con carácter anual, siempre que

el tiempo de permanencia fuera de la residencia habitual no sea superior a 90 días consecutivos, por viaje o desplazamiento. Esta limitación no regirá cuando el desplazamiento sea dentro del territorio español.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Gastos médicos en el extranjero

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

- Honorarios médicos 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 y viaje.

2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

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

3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

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

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

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

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

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

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

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

5. Transporte de restos mortales

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

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

6. Acompañamiento de restos mortales.

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

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

7. Desplazamiento de un familiar

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

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

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

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

9. Acompañamiento de menores y discapacitados

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

10. Envío de medicamentos

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

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

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

11. Búsqueda y localización de equipaje

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

12. Transmisión de mensajes urgentes

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

13. Responsabilidad Civil.

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

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

14. Servicio de Información

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

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

16. Servicio de Intérprete

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

17. Orientación médica telefónica

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

Para los casos más graves y urgentes la aseguradora podrá activar los servicios de asistencia sanitaria necesarios, priorizando los servicios públicos de urgencia, siendo por cuenta del Beneficiario los gastos que se ocasionen como consecuencia de este servicio.

Este servicio se prestará a petición del Asegurado y en horario de 9:00 a 21:00 todos los días.

18. Asesoramiento en sucesiones.

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

- a. Asesoramiento jurídico al asegurado sobre el otorgamiento de testamento.
- b. Diseño, redacción, elaboración y, en su caso, intervención en el acto de la firma notarial.
- c. Atención personalizada a los beneficiarios.
- d. Servicio permanente de asistencia jurídica telefónica en materia sucesoria.
- e. Obtención de todos los certificados necesarios:
 - Defunción.
 - Nacimiento.
 - Matrimonio o convivencia.
 - Fe de vida.
 - Registro de actos de últimas voluntades.
- f. Trámites en el Instituto Nacional de Seguridad Social:
 - Baja.
 - Auxilio por defunción.
 - Altas del cónyuge.
 - Altas de otros beneficiarios.
- g. Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.
- h. Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
- i. Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:
 - Copia del último testamento.
 - Declaración de herederos abintestato.
 - Apertura del testamento.
 - Determinación del caudal hereditario.
 - Adjudicación y partición de la herencia.
- j. Tramitación de la carta de pago.
- k. Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales.
- l. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

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

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

19. Trámites administrativos para la obtención de visados

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

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

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

20. Cancelación de Tarjetas

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

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

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

21. Bloqueo del teléfono móvil

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

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

EXCLUSIONES

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

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

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.

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.

EL SEGURO NO COBERTURA LA EXISTENCIA DE UN SEGURO Y NO MODIFICA, AMPLIA O RESTRINGE EN NADA EL CONTENIDO DE LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES DEL MISMO, QUE HAN SIDO ACEPTADAS POR EL ASEGURADO Y QUE RIGEN LA COBERTURA DE LA PÓLIZA QUE A CONTINUACIÓN SE RESEÑA.

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

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

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

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

TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

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

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

SUBROGACIÓN

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

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