Condiciones generales asisa **salud**

INDICE

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA SANITARIA

CLAUSULA PRELIMINAR..... 3

DEFINICIONES 3

PRIMERA: Objeto y límite del Seguro 5

SEGUNDA: Descripción de las prestaciones aseguradas..... 5

TERCERA: Prestaciones excluidas..... 11

CUARTA: Prestación y utilización de los servicios..... 13

QUINTA: Duración del Seguro..... 16

SEXTA: Pago de Primas 16

SEPTIMA: Obligaciones y deberes del tomador y/o asegurado..... 17

OCTAVA: Facultades del tomador y/o asegurado 17

NOVENA: Facultades del Asegurador 18

DECIMA: Pérdida de derecho, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo. 18

DECIMOPRIMERA: Comunicaciones..... 19

DECIMOSEGUNDA: Reclamaciones y Prescripción..... 19

DECIMOTERCERA: Ambito del Seguro..... 20

DECIMOCUARTA: Protección de Datos de Carácter Personal..... 20

DECIMOQUINTA: Exoneración de Responsabilidad..... 21

ANEXO I 22

ANEXO II 23

ANEXO III..... 24

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA SANITARIA

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en el RDL 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE de 5 de noviembre), por lo dispuesto en el R.D. 2.486/1998 de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las condiciones generales y particulares de este contrato, así como sus anexos sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato se entenderán por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indisputabilidad de la póliza: Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su formalización o de 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 INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., que se entrega a cada asegurado y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

Tomador del Seguro: Es la persona, física o jurídica que, conjuntamente con el Asegurador,

suscribe este contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

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

Primera: Objeto y límite del Seguro

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

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

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

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

Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas

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

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

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

2.- Medicina General
El Asegurado podrá elegir libremente su médico de cabecera de entre los que figuran en

la Lista de Facultativos; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

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

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

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

Las Especialidades médicas existentes son las siguientes:

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

- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatología
- Urología

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

5.- Enfermería (D.U.E. /A.T.S.)
Este servicio se prestará en consultorio o, si el Asegurado lo precisara, a domicilio, previa prescripción del médico de la Lista de Facultativos que este tratando al Asegurado.

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

7.- Medios de Diagnóstico
Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico de la Lista de Facultativos. Se consideran medios de diagnostico a titulo 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 Cardiacos (*).

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.

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

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)
Siempre se realizarán previa prescripción de un médico especialista en la materia, 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 Esterotáxica, 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.

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

9.- Hospitalización (incluida Hospital de Día)

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

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, 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.

Para cualquier Hospitalización se establece un Periodo de Carencia de 8 meses. (No tienen carencia los partos distócicos que tengan carácter de urgencia vital ni los partos prematuros).

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

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

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

Se establece un Período de Carencia de 6 meses.

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

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

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

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

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

17.- Psicoterapia
Incluye las enfermedades relacionadas con la salud mental que sean de origen psicológico y de carácter temporal (patologías relacionadas con la adaptación, estrés, cuadros depresivos temporales, patologías relacionadas con el comportamiento, anorexias y bulimias).
No serán de cobertura por la entidad los test psicológicos, la psicopedagogía, la psicoterapia de grupo y de pareja, la narcolepsia ambulatoria, ni la hipnosis.

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

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

Tercera: Prestaciones excluidas

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

1. Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.

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

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

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

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

6. La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo. La

Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. La radiocirugía esterotáxica, la braquiterapia prostática, la radioterapia de intensidad modulada, así como otras técnicas especiales de radioterapia.

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

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

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

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

Cuarta: Prestación y utilización de los servicios

1. Derecho a la asistencia.
El ejercicio de los derechos comprendidos en la Póliza corresponde al Asegurado, siendo dicho ejercicio personal e intransferible.
Al requerir los servicios que procedan, el Asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a ASISA (Tarjeta Magnética), el D.N.I. (las personas obligadas a poseerlo) y el recibo de estar al corriente de pago.

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

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

2. Participación del Asegurado
Se conviene la participación del Asegurado en el coste de los servicios, por cada consulta, sesión, tratamiento o servicio utilizado mediante la utilización de la tarjeta magnética.

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

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

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

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

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

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

La Entidad se obliga a prestar los servicios 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.

6. Asistencia Especializada
La atención especializada se prestará preferentemente en la Provincia donde resida el Asegurado. La que no fuera posible efectuar en su Provincia, se prestará preferentemente en el lugar más próximo al domicilio del Asegurado, donde la 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.

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

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

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

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

La prescripción escrita de 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.

11. 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.

Quinta: Duración del Seguro

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de esta Póliza y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra efectuada con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período del seguro en curso.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3, de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador fijará anualmente las Primas a aplicar en cada anualidad, adaptándolas a la variación de los costes, a las nuevas prestaciones y a la morbilidad. Dichas primas serán comunicadas al Tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

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

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

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

Sexta: Pago de Primas

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

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

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

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

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

Séptima: Obligaciones y Deberes del Tomador y/o Asegurado

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

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

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

c) Comunicar al Asegurador, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado b) del artículo siguiente.

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

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

Octava: Facultades del Tomador y/o Asegurado

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

b) El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en

conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiera sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

Novena: Facultades del Asegurador

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

b) En el caso de agravaciones del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.
- El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe.

Décima: Pérdida de Derecho, Indisputabilidad del Contrato y Nulidad del mismo.

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

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

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

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

d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

Decimoprimera: Comunicaciones

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la Póliza. Si se realizan al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, (artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro y artículo 10.2 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro, al Asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiera notificado a la Entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

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

Decimosegunda: Reclamaciones y Prescripción

Los Tomadores del seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante el Delegado Provincial, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE de la Entidad, de acuerdo con la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Comisionado para la Defensa del Cliente (arts. 62 y 63 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 61 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

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

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

Decimotercera: Ámbito del Seguro

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

Décimocuarta: 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 contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

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

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

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

datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro."

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

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

ANEXO I

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

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

Diagnóstico:

Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
Caracterización de una masa pancreática.

Estadificación:

Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
Cáncer de pulmón primario.
Cáncer de mama localmente avanzado.
Cáncer de esófago.
Carcinoma de páncreas.
Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
Linfoma maligno.
Melanoma maligno, con Breslow $\rightarrow$ 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

Monitorización de la respuesta al tratamiento:

Linfoma maligno.
Tumores de cabeza y cuello.

Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

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

ANEXO II

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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

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

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

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

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

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

ANEXO III

MEDICINA PREVENTIVA

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

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

Ginecología: Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta y exploración así como las pruebas diagnósticas (mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo) que su Ginecólogo le indique.

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

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

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

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

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

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

POLIZA DE ASISA SALUD - PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas.

El Asegurado o, en su caso, el Tomador del seguro en nombre del Asegurado manifiesta haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales del Contrato y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos, destacadas en **letra negrita**, incluidas en dichas Condiciones Generales por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

....., de..... de .....

Fdo.:..... N.º Póliza.:.....

POLIZA DE ASISA SALUD
PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas.

El Asegurado o, en su caso, el Tomador del seguro en nombre del Asegurado manifiesta haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales del Contrato y acepta, especificamente, las clausulas limitativas de derechos, destacadas en **letra negrita**, incluidas en dichas Condiciones Generales por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

....., de.....de .....

Fdo.: .....

N.º Póliza.: .....

RECORTE POR LA LÍNEA
DE PUNTOS Y
DEVUELVALO FIRMADO

M-01-12

AIG3970 M-01-12

asisa

asisa contrata **901 10 10 10** | asisa informa **902 010 010** | asisa.informacion@asisa.es · www.asisa.es

III ASISA SALUD

Medicina Primaria
Urgencias
Especialidades
Medios de Diagnóstico
Hospitalización
Trasplantes
Prótesis e Implantes
Tratamientos Especiales
Otros Servicios Médicos
Medicina Preventiva

MEDICINA PRIMARIA

Medicina General. El Asegurado podrá elegir libremente su médico de cabecera de entre los que figuran en el Cuadro Médico; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado.

Pediatría y Puericultura. Se podrá elegir libremente el Pediatra de entre los que figuran en el Cuadro Médico, 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.

Los recién nacidos tendrán derecho a esta asistencia médica, en consulta o a domicilio, durante los 15 primeros días de vida.

Enfermería. 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.

Dicho servicio se presta en consultorio, a domicilio y en centros hospitalarios.

URGENCIAS

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.

Urgencias domiciliarias 24 hrs., siempre que el estado del enfermo lo requiera.

- Urgencias de Medicina General a domicilio.
- Urgencias de ATS / DUE a domicilio.
- Urgencias de Pediatría y Puericultura a domicilio

La solicitud de este servicio deberá realizarse llamando al teléfono gratuito 900 900 118 o al teléfono de urgencias de la provincia del asegurado.

ESPECIALIDADES

El asegurado puede elegir libremente el especialista que desea que le atienda entre los que figuran en el Cuadro Médico.

- Alergología
- Análisis Clínicos
- Anatomía Patológica
- Anestesiología y Reanimación; incluida anestesia epidural.
- Angiología y Cirugía Cardiovascular
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología
- Cirugía Oral y Maxilofacial
- Cirugía Ortopédica y Reparadora
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y Reparadora. Incluye la cirugía estética necesaria a consecuencia de cualquier accidente (laboral o no), así como por enfermedad profesional.
- Cirugía Torácica
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
- Endocrinología y Nutrición
- Estomatología y Odontología
- Geriatría
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Interna
- Medicina Nuclear
- Microbiología y Parasitología
- Nefrología
- Neonatología. Cobertura de enfermedades del recién nacido. Los recién nacidos tendrán derecho a la asistencia médica en hospitalización cubierta por la Póliza de la madre hasta un máximo de 15 días y siempre que el parto o cesárea hubieran sido cubiertos por ASISA. Fuera de estas circunstancias, para tener derecho a la asistencia los recién nacidos deberán ser Asegurados de la Entidad. **En caso de solicitarse el alta en la póliza individual familiar del recién nacido durante el periodo establecido de 15 días, dicho alta se tramitará sin aplicación de carencias ni preexistencias.**
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología Clínica
- Neurología
- Obstetricia y Ginecología. Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos. Revisiones ginecológicas necesarias. Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis, Cariotipos. Planificación familiar, colocación de D.I.U. y su vigilancia, siendo por cuenta del asegurado el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía.

- Odonto - Estomatología. Quedan cubiertas las extracciones, las curas y el tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal, radiografías por los motivos anteriores, limpieza de boca (una por estética al año y las que el facultativo considere necesarias por enfermedad). La asistencia puede solicitarse directa y libremente a los especialistas inscritos en el cuadro. Fluorizaciones a niños menores de 6 años a través del cuadro médico de ASISA Salud.
- Oftalmología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Otorrinolaringología
- Podología. 6 sesiones al año.
- 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), considerándose óptimo para el tratamiento 20 sesiones por año natural para el conjunto de enfermedades cubiertas por esta prestación, salvo en trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia cuyo límite será de 40 sesiones por año natural.
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación y recuperación funcional. Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que el paciente poseía antes del proceso patológico o para disminuir los deterioros y evitar las secuelas del mismo.
- Reumatología
- Urología

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Se consideran medios de diagnóstico, a título enunciativo, los siguientes:

- **Análisis clínicos**: hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, anatomía patológica y citología.
- **Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear:** Radiología convencional, radiología vascular, ecografía, mamografía, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner), R.M.N. (Resonancia Magnética Nuclear), estudios gammagráficos, P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones), P.E.T. - T.A.C.
- **Aparato Circulatorio**: Electro y Fonocardiograma. Ecocardiograma, Doppler, Cateterismo, Holter (E.C.G. y T.A.), Ergometría, Estudios Electrofisiológicos Cardiacos.
- **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, 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.

CIRUGÍA AMBULATORIA.

Incluye cualquier intervención diagnóstica o terapéutica de las incluidas en la cobertura del seguro y realizada por un médico especialista del Cuadro Médico de ASISA.

HOSPITALIZACIÓN

- **Hospitalización Obstétrica (partos).** Tiene siempre lugar en habitación individual con cama para un acompañante, salvo imposibilidad manifiesta. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora son a cargo de ASISA.

- **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.

- **Hospitalización Quirúrgica.** El paciente ocupa también habitación individual con cama para acompañante, salvo imposibilidad manifiesta. Siendo por cuenta de ASISA los servicios de habitación y manutención del enfermo, gastos de quirófano, anestesia, exploraciones complementarias, medicación, transfusiones y tratamiento de su proceso (sin límite de estancia y coste).

- **Hospitalización Médica (Sin intervención quirúrgica).** Para tratamientos de los procesos agudos que, a juicio del especialista del Cuadro Médico, no puedan tratarse en el domicilio del paciente con técnicas correctas o precisen internamiento. Se realizará también en habitación individual con cama para acompañante. Queda incluida la hospitalización, manutención, medicación y tratamiento del enfermo.

- **Hospitalización en Unidades especializadas, como Unidad de Vigilancia Intensiva o Unidad Coronaria.** Queda incluida la hospitalización, manutención, medicación y tratamiento del enfermo, estableciéndose su duración en función de que el proceso patológico que afecta al enfermo sea o no reversible. Por la naturaleza de la hospitalización no se incluye cama para acompañante.

- **Hospitalización Psiquiátrica.** Tendrá lugar para enfermos mentales afectados de procesos agudos y recuperables. En todos estos casos no incluye cama para acompañante. Se establece un límite de **50 (cincuenta) días** de hospitalización por año natural, siendo los gastos de internamiento, medicación, manutención y tratamiento por cuenta de ASISA.

- **Hospitalización Domiciliaria.** En los supuestos indicados por un facultativo del Cuadro Médico y bajo su supervisión.

- **Medicación.** Se incluye la medicación en hospitalizaciones (tanto en régimen de ingresados, ambulatorio y urgencias) y los tratamientos quimioterápicos oncológicos, tanto en pacientes ingresados como en tratamientos ambulatorios, administrados en Unidades de Oncología en régimen de Hospital de Día.

TRASPLANTES

- **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).

PRÓTESIS E IMPLANTES

- **Prótesis e implantes.** Cobertura de los gastos de prescripción, implantación y materiales de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes que se detallan: las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis, (excluidos los sustitutivos de hueso natural); las prótesis valvulares cardiacas; las prótesis vasculares tipo "by pass" y los stents; los marcapasos unicamerales y bicamerales (excepción hecha de los dispositivos para resincronización cardiaca y para estimulación auricular); las prótesis de mama (exclusivamente tras mastectomía por neoplasias) y las lentes intraoculares para el tratamiento de la catarata.
  Cualquier otro gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, o a cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle anterior, correrán a cargo del asegurado.

TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Rehabilitación**.- Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, Foniatría.
- **Oncología**.- Quimioterapia Oncológica (incluye los medicamentos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unidades de Oncología en régimen de hospital de día), Cobaltoterapia, Radioterapia **(**no son de cobertura la Radiocirugía Esterotáxica, la Braquiterapia Prostática, la Radioterapia de Intensidad Modulada, la Tomoterapia ni otras formas especiales de Radioterapia).
- **Medicina Nuclear**.- Cualquier tipo de tratamiento.
- **Radiología Intervencionista**.-
- **Litotricia extracorpórea**.- Para tratamiento de la Litiasis renal.
- **Riñón artificial y diálisis peritoneal**.- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.
- **Aerosoles y Ventiloterapia**.- Siendo la medicación por cuenta del Asegurado.
- **Oxigenoterapia a domicilio.-** Se incluyen los tratamientos con CPAP.

OTROS SERVICIOS MÉDICOS

- **Ambulancia.** El servicio de ambulancia concertado con la Entidad, trasladará al enfermo al centro donde le deban prestar los servicios que necesite, o de éste a su domicilio, siempre que un médico del Cuadro Médico lo ordene por escrito y concurran especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi, o vehículo particular).
- **Matronas** para la asistencia hospitalaria al parto.
- **Preparación al parto**.

MEDICINA PREVENTIVA

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

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

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

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

- **Cardiología:** Prevención del riesgo coronario en personas mayores de 45 años o pacientes con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión o dislipemias, p.ej.). Incluye consulta y exploración por médicos especialistas así como las exploraciones necesarias (por ejemplo: ECG, analítica básica de sangre y orina, prueba de esfuerzo), según las recomendaciones del Cardiólogo.
  La frecuencia recomendada de estos exámenes varía con la edad y en función de si existen o no factores de riesgo coronario, por lo que el Cardiólogo determinará la periodicidad adecuada.

- **Urología:** Diagnóstico precoz del cáncer de próstata en hombres a partir de 50 años (o antes si existen factores de riesgo conocidos).
  Comprende consulta médica así como análisis de sangre (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas (como ecografía y/o biopsia de próstata) que el especialista considere oportunas.
  En general, se recomienda un examen anual a partir de los 50 años, no obstante, el Urólogo indicará la frecuencia y exploraciones precisas.

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

Condiciones generales asisa dental

INDICE

CLAUSULA PRELIMINAR 5

DEFINICIONES 5

PRIMERA. OBJETO DEL SEGURO 6

SEGUNDA. DESCRIPCION DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS 6

TERCERA. RIESGOS EXCLUIDOS 6

CUARTA. PRESTACION Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS 6

QUINTA. PLAZO DE CARENCIA 7

SEXTA. DURACION Y ACTUALIZACION DE LA POLIZA 7

SEPTIMA. PAGO DE LAS PRIMAS 8

OCTAVA. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO 8

NOVENA. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA 9

DECIMA. NULIDAD DEL CONTRATO 9

UNDECIMA. PERDIDA DE LOS DERECHOS 9

DUODECIMA. COMUNICACIONES 9

DECIMOTERCERA. RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIONES 10

DECIMOCUARTA. AMBITO DEL SEGURO 10

DECIMOQUINTA.- PROTECCION DE DATOS DE CARACTER PERSONAL 10

DECIMOSEXTA: EXONERACION DE RESPONSABILIDAD 11

CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en el R.D.L. 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. del 5 de noviembre), por lo dispuesto en el R.D. 2.486/1998 de 20 de noviembre que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las condiciones generales y particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES:

A los efectos de este contrato se entiende por:

1.- Asegurador: ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. entidad emisora de esta póliza que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, dentro de los límites pactados.

2.- Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe esta Póliza, y a la que corresponden los derechos y obligaciones que de la misma se deriven, salvo aquellos que por su naturaleza correspondan expresamente al asegurado o beneficiario.

3.- Asegurado: Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que en defecto del Tomador asumen las obligaciones derivadas del contrato.

4.- Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza; las Condiciones Generales, el Cuadro de Coberturas y Franquicias que especifica los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la póliza, las Particulares que individualizan el riesgo; y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, durante la vigencia del seguro.

5.- Prima: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago y podrá sufrir variaciones en función de los costes y de la modificación de servicios.

6.- Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por los servicios odontológicos que, cubiertos por este seguro, utilice. Dicho importe que podrá ser diferente en función de los distintos servicios odontológicos vendrá fijado en el Cuadro de coberturas y franquicias que se integran en la póliza.

Los servicios odontológicos, así como sus importes podrán ser modificados y/o actualizados anualmente.

PRIMERA.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, y mediante el pago de la correspondiente prima, la Entidad Aseguradora se compromete a prestar al asegurado los servicios odontológicos que éste requiera de acuerdo con las coberturas establecidas en el correspondiente CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato del Seguro, el asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente.

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

SEGUNDA.- DESCRIPCION DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

Los servicios odontológicos cubiertos por la póliza se relacionan en el CUADRO DE COBERTURAS Y FRANQUICIAS, que se entrega con el resto de documentos de la póliza.

En dicho Cuadro se especifica el importe de las franquicias correspondientes a cada servicio.

Junto con el Cuadro de coberturas y franquicias la entidad aseguradora entregará el CUADRO MEDICO-DENTAL donde figuran los centros pemanentes de urgencias, la lista de facultativos y/o los centros asistenciales donde le prestarán los servicios cubiertos por la póliza.

TERCERA.- RIESGOS EXCLUIDOS.

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro los servicios odontológicos consecutivos o derivados de:

A) Los producidos por hechos derivados de conflictos armados, hayan ido precedidos o no declaración oficial de guerra, así como las epidemias oficialmente declaradas.

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

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

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

E) Los debidos a lesiones originadas o producidas por embriaguez, por toxicomanía, por intento de suicidio, por locura, por riña o desafío.

F) Cualquier servicio odontológico no incluido expresamente en el cuadro de coberturas y franquicias.

CUARTA.-PRESTACION Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

A) Las prestaciones cubiertas por el seguro, las cuales se indican en el CUADRO DE COBERTURAS

Y FRANQUICIAS, serán prestadas exclusivamente por los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos en el CUADRO MEDICO-DENTAL de la provincia de contratación de la póliza, que la Aseguradora entregará al Asegurado, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos.

La Entidad no se responsabiliza ni se hará cargo del coste de ninguna prestación realizada fuera del CUADRO MEDICO-DENTAL. 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.

B) A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado las prestaciones cubiertas por la póliza.

C) Al solicitar las prestaciones, el Asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a la POLIZA DENTAL DE ASISA, el D.N.I. (las personas obligadas a poseerlo) y el último recibo de prima que demuestre estar al corriente de pago.

D) Las prestaciones de este seguro, se realizan exclusivamente de forma ambulatoria, por lo que no estarán cubiertas ni la Hospitalización ni la anestesia general.

E) En caso de urgencia, deberá acudirse al centro/s de urgencia que la Entidad tenga establecido al efecto, cuya dirección y teléfono figurarán en el Cuadro Médico-Dental que el Asegurador entrega al Asegurado.

F) De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión la tomará el asegurado, de acuerdo con las coberturas de la póliza.

G) Cuando deban efectuarse tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Médico-Dental, en base a las coberturas y franquicias del correspondiente Cuadro.

H) El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a las prestaciones realizadas de acuerdo con lo previsto en el Cuadro de Coberturas y Franquicias.

QUINTA.- PLAZO DE CARENCIA.

Las coberturas pactadas serán facilitadas por la Entidad, desde la fecha de efecto del contrato.

SEXTA.- DURACION Y ACTUALIZACION DE LA POLIZA

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares, y a su vencimiento, conforme al artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro se prorrogará por períodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con una antelación no inferior a 2 meses a la conclusión del período del seguro en curso.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en cada renovación y/o prórroga el asegurador podrá fijar nuevas primas y/o franquicias para adaptarlas a la variación de costes, siniestralidad, nuevas prestaciones e innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posteriores a la perfección del contrato. Las nuevas

primas y/o franquicias serán comunicadas al tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en el párrafo primero de esta cláusula. La aceptación por el tomador de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo correspondiente al nuevo período de la prórroga.

SEPTIMA.- PAGO DE LAS PRIMAS

El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima. En Condiciones Particulares se fija la forma de pago.

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

En caso de falta de pago de la segunda prima y sucesivas o fracciones de ella, la cobertura de la Entidad aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

En cualquier caso, la Entidad aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, solamente podrá exigir el pago de la prima del período de seguro en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima.

La Entidad aseguradora y el asegurado solamente quedan obligados por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

OCTAVA.- OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO.

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

a) Comunicar a la Entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible el cambio de domicilio del asegurado que figura en el contrato.

b) En caso de siniestro, comunicar a la Entidad aseguradora su acaecimiento dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, con los efectos previstos en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, y darle toda clase de información sobre las circunstancias del siniestro.

c) Aminorar las consecuencias del siniestro, utilizando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la intención manifiesta de perjudicar o engañar a la Entidad aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro, conforme al artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro.

d) El tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se le subsanen las divergencias existentes entre ésta y la

proposición de seguro o de las clausulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

NOVENA .- OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA.

Además de prestar la asistencia odontológica contratada la Entidad aseguradora deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro y demás documentos que haya suscrito el tomador del seguro.

Asimismo la Entidad entregará al tomador del seguro los documentos identificativos del asegurado o asegurados, así como la relación de profesionales y/o centros (CUADRO MEDICO-DENTAL) donde debe acudir para recibir los servicios contratados.

DECIMA.- NULIDAD DEL CONTRATO

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

UNDECIMA.- PERDIDA DE LOS DERECHOS

Se pierde el derecho a la prestación:

a) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Si el tomador del seguro o el asegurado no facilitan a la Entidad aseguradora la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave (artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el asegurado o el tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro y lo hacen con manifiesta intención de engañar o perjudicar a la Entidad aseguradora (artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro).

d) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

DUODECIMA.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad aseguradora, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la póliza. Si se realizan al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta,(artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro y artículo 10.2 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

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

DECIMOTERCERA.- RECLAMACIONES Y PRESCRIPCION

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

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE de la Entidad de acuerdo con la normativa establecida en la Orden ECO/734/2004 para lo cual tienen a su disposición en las oficinas de la Entidad Aseguradora un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de reclamación, si ello diera lugar, ante el Comisionado para la Defensa del Cliente (art. 62 y 63 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

Los conflictos que puedan surgir entre tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 61 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

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

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

DECIMOCUARTA.- AMBITO DEL SEGURO

La garantía del presente seguro se extiende exclusivamente a la provincia en que se contrate.

DECIMOQUINTA.- PROTECCION DE DATOS DE CARACTER 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 contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

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

En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene

la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula.

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

DECIMOSEXTA: EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

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

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

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas.

El asegurado o, en su caso, el tomador del seguro en nombre del asegurado manifiesta haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales del Contrato y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos, destacadas en letra negrita, incluidas en dichas Condiciones Generales por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

..... , de ..... de .....

Fdo.:.....

N.º Póliza.: .....

ASISA DENTAL
PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas.

El asegurado o, en su caso, el tomador del seguro en nombre del asegurado manifiesta haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales del Contrato y acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de derechos, destacadas en letra negrita, incluidas en dichas Condiciones Generales por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.

..... , de ..... de .....

Fdo.:.....

N.º Póliza.: .....

RECORTE POR LA LÍNEA
DE PUNTOS Y
DEVUELVALO FIRMADO

M-01-11

APA0027 M-01-11

barcelona world race

asisa

asisa contrata **901 10 10 10** | asisa informa **902 010 010** | asisa.informacion@asisa.es · www.asisa.es

asisa dental

FRANQUICIAS 2012 FA

asisa

SERVICIOS	EUROS
A) DIAGNÓSTICO	
Examen inicial, diagnóstico y presupuesto	0
Examen periodontal	0
Examen de urgencia	0
Consulta profesional	0
Revisión Odontología General	0
B) DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	
Radiografía intraoral	4
Radiografía oclusal	4
Radiografía de aleta	4
Radiografía lateral de cráneo	13
Ortopantomografía digital (excepto ortodoncia)	13
Telerradiografía digital (excepto ortodoncia)	13
Estudio Tomográfico (T.C.):	
T.C una arcada	118
T.C dos arcadas	130
C) ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Limpieza de boca **	0
Tartrectomía con flúor	3
Selladores (niños)	10
D) ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Obturaciones:	
Provisional	0
Amalgama de plata	15
Estética **	31
Gran reconstrucción **	55
Reconstrucción coronaria con poste, pin o tornillo **	78
E) ENDODONCIA	
Pulpectomía unirradicular **	74
Pulpectomía birradicular	85
Pulpectomía multirradicular **	99
Apicoformación por sesión	6
Apiceptomías **	66
Reendodoncias	138
Pulpotomía **	54
(No se incluye el coste de la obturación)	
F) ODONTOPEDIATRÍA	
Fluorizaciones	7
Selladores oclusales	10
Pulpotomías en dientes temporales **	54
Corona metálica preformada	57
Mantenedores de espacio fijo	62
Mantenedores de espacio móvil	51
Reimplantación piezas (por pieza)	40
Obturación en dientes temporales	30
Pista de composite	54
Revisión rehabilitación neuro-oclusal	22
Revisión mantenedor de espacio	22
G) PERIODONCIA	
Tratamientos no quirúrgicos:	
Ferulización de dientes (por pieza)	43
Mantenimiento periodontal (por cuadrante)	43

SERVICIOS	EUROS
Periodontograma	0
Análisis y ajuste oclusal	0
Curetaje por cuadrante (Raspado y alisado radicular) **	43
Tratamientos quirúrgicos:	
Gingivectomía / gingivoplastia **	108
Cirugía periodontal a colgajo (por cuadrante) **	162
Alargamiento coronario por cuadrante **	162
Injerto de tejido conectivo **	178
Injerto de encía libre **	162
Colocación de bio-materiales	180
Regeneración con membrana	227
H) ORTODONCIA	
Telerradiografía digital	12
Ortopantomografía digital	12
Estudio y registro (incluidos modelos)	53
Colocación microimplantes (unidad)	167
Caja de ortodoncia	0
Removible:	
Cada aparato (funcional)	280
Compostura de aparato	42
Visitas periódicas de revisión de ortodoncia removible	20
Mantenedor de espacio fijo	60
Máximo por tratamiento	1.100
Fija vestibular:	
Aparatología fija (por arcada)	372
Colocación de brackets metálicos (por arcada)	141
Colocación de brackets estéticos (por arcada)	249
Colocación de brackets transparentes (por arcada)	360
Colocación de brackets autoligables (por arcada)	364
Colocación de brackets tip-edge metálicos(por arcada)	345
Aparatos auxiliares (por arcada)	170
Visitas periódicas de revisión de ortodoncia fija vestibular	21
Máximo por tratamiento (dos arcadas)	2.600
Fija lingual:	
Aparatología fija (por arcada)	360
Aparatos auxiliares (por arcada)	168
Colocación de brackets (por arcadas)	1.620
Visitas periódicas de revisión de ortodoncia fija lingual	34
Máximo por tratamiento (dos arcadas)	5.100
Ortodoncia invisible: (sólo en Clínicas autorizadas)	
Estudio de ortodoncia invisible	330
Tratamiento de ortodoncia invisible (a la aceptación)	1.550
Tratamiento de ortodoncia invisible (colocación)	500
Visitas de revisión (solo se pagan el primer año)	165
Fase de retención	194
Tratamiento de retención:	
Colocación de placa Hawley de retención	62
Colocación de placa de retención estética	121
Barra lingual	121
Fibra de vidrio	132

En tratamientos combinados de fija/móvil se suma el coste de ambas técnicas

SERVICIOS	EUROS
I) PRÓTESIS	
Fija:	
Corona jacket acrílico provisonal	32
Corona metal-porcelana	159
Puente fijo metal-porcelana (por pieza)	159
Compostura de porcelana (por pieza)	43
Muñón colado unirradicular	57
Muñón colado multirradicular	67
Corona porcelana con metal precioso (por pieza) *	S/C
Prótesis fija estética:	
Carillas zirconio porcelana o cerámica alumina (por pieza)	211
Corona alumina-porcelana	261
Corona zirconio-porcelana	298
Puente zirconio-porcelana (por pieza)	298
Movible acrílico:	
Removible acrílico de 1 a 3 piezas	90
Removible acrílico de 4 a 6 piezas	175
Removible acrílico de 7 o más piezas	283
Completas:	
Superior o inferior	310
Superior más inferior	500
Suplemento resina hipoalérgica, cada arcada	45
Composturas:	
Rebases	36
Agregar piezas (por pieza)	36
Agregar gancho	55
Refuerzos metálicos (solchapas)	55
Soldaduras	55
Removible esquelético:	
Estructura base	86
Terminación en acrílico por pieza	53
Agregar pieza (por pieza)	38
Attaches	81
Removible flexible:	
De 1a 2 piezas	440
De 3 a 5 piezas	447
Más de 6 piezas	538
Composturas o añadir piezas en prótesis removible flexible	80
Neobase hasta 5 piezas	108
Neobase más de 6 piezas	199
Prótesis removible flexible incluyendo esquelético y piezas (hasta 5 piezas)	550
Prótesis removible flexible incluyendo esquelético y piezas (más de 6 piezas)	610
J) CIRUGÍA	
Extracción dentaria simple (por pieza)	10
Extracción dentaria quirúrgica (por pieza)	48
Regularización de bordes alveolares **	54
Torus maxilares **	45
Quistectomía, quistes maxilares**	54
Frenectomía**	21
Fenestración	43
Epulis**	36

SERVICIOS	EUROS
K) IMPLANTOLOGÍA	
Fase quirúrgica:	
Estudio de implantología (incluye modelos y fotos)	54
Estudio y realización computerizada de guías	1.055
Implante	715
Implante guiado digital	1.055
Mantenimiento de implantología	42
Elevación de seno (incluye hueso y membrana) **	920
Fase protésica:	
Pilar	305
Pilar estético oropaladio*	S/C
Pilar Zirconio CAD-CAM	360
Pilar Titanio CAD-CAM	302
Corona Fija Metal-Porcelana	275
Corona Cerámica-Zirconio-Cerámica CAD-CAM	370
Prótesis híbrida sobre implantes definitiva	2.595
Prótesis híbrida sobre implantes provisional	1.320
Sobredentadura	659
L) ATM	
Primera visita	0
Revisión	32
Férula de neuromiorelajación	259
Reparación, rebase y reajuste de férula	59
Registro y montaje articulados	0
Tallado selectivo	0
Análisis oclusal	0
Terapia manual ATM	44
M) ESTÉTICA DENTAL	
Carillas estéticas de composite (por pieza)	81
Carillas estéticas de porcelana (por pieza)	199
Incrustación de porcelana	155
Blanqueamiento dental con técnica combinada (consulta-domicilio) **	490
Blanqueamiento dental en consulta	365
Blanqueamiento dental en domicilio (incluida férula y kit de blanqueamiento)	146
Blanqueamiento de diente no vital (por pieza) **	40

NOTAS:

1. Las franquicias que aparecen en azul no se aplican a los Asegurados de Asisa Salud por tener incluidas en su póliza dental estas coberturas. Únicamente pagan el copago con el pase de tarjetas de salud, a excepción de los curetajes y mantenimientos periodontales cubiertos exclusivamente en las pólizas de salud con vigencia anterior al año 2004. Para fluorizaciones, sólo hasta 6 años.
   ESTA NORMA SE APLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL PRESTADOR ESTÉ EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS O CUADRO MÉDICO DE SALUD DE ASISA.
2. * S/C (según cotización en el mercado).
3. Precios salvo error tipográfico u omisión.
4. Las prótesis realizadas por ASISA DENTAL están garantizadas por dos años, salvo cualquier alteración producida por un uso incorrecto de las mismas.
5. Los Estudios tomográficos (T.C.) para el estudio implantológico serán abonados por el paciente, no estando incluidos en los presupuestos de Implantes.
6. Las franquicias marcadas con doble asterisco se pueden realizar mediante laser, y llevan un coste adicional de 60 euros.

APA0034