

ASISA TRAVEL WELCOME

Condiciones Generales



CONDICIONES GENERALES ASISA TRAVEL WELCOME

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la siguiente normativa: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia de los Servicios Financieros destinados a los Consumidores y demás legislación española aplicable.

Forma parte integrante del contrato la siguiente documentación: Solicitud de Seguro, la Declaración realizada por el TOMADOR y/o el ASEGURADO, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales (en su caso), así como sus Anexos, Apéndices y Suplementos. Serán de aplicación las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que hayan sido expresamente aceptadas por el Tomador. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones el control y la supervisión de la actividad aseguradora de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

ASEGURADOR:

Entidad que asume el riesgo definido en la póliza.

El ASEGURADOR de la presente póliza es ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.", con domicilio social en Madrid, Calle Juan Ignacio Luca de Tena, n.º 12, y C.I.F.:

A-08169294, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, en la hoja n.º 38819-1, tomo 4892 general, Libro 4055 de Sociedades, sección 3ª.

TOMADOR DEL SEGURO:

La persona física o jurídica que junto con el ASEGURADOR suscribe este contrato, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el ASEGURADO.

ASEGURADO:

La persona física relacionada en las Condiciones Particulares que, en defecto del TOMADOR, asume las obligaciones derivadas del contrato.

FAMILIARES:

A efectos del seguro, tendrán la consideración de familiares del ASEGURADO su cónyuge, pareja de hecho, o persona que como tal conviva permanentemente con el ASEGURADO, así como su ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano.

PÓLIZA:

El documento contractual que contiene las Condiciones Reguladoras del Seguro. Forman parte integrante del mismo las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo para completarlo o modificarlo.

PRIMA:

El precio del seguro, que contendrá los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

El importe de la prima podrá variar en función de los distintos ámbitos de cobertura que permita la Póliza y se determinará en sus Condiciones Particulares.

NORMAS QUE REGULAN EL SEGURO

1. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato de seguro de Asistencia en Viaje, el Asegu-

rado que se desplace dentro del territorio español tendrá derecho a las distintas prestaciones asistenciales que integran el sistema de protección al viajero, que comprende servicios médicos y sanitarios, así como diversas prestaciones complementarias.

2. PERÍODO DE VALIDEZ

La póliza deberá contratarse antes del inicio del viaje.

En las Pólizas Temporales la duración será la especificada en las Condiciones Particulares.

3. VALIDEZ TERRITORIAL

Las garantías descritas en esta Póliza son válidas para eventos que se produzcan exclusivamente en España.

Asimismo, también existirá cobertura, y con los mismos límites económicos que los expuestos en cada una de las prestaciones del Artículo 7, desde el momento en que se inicie el viaje asegurado y hasta que el Asegurado regrese a su domicilio habitual en su país de procedencia, siempre y cuando las mencionadas ambas fechas se hallen dentro del período de cobertura de la presente póliza.

3.1. Prestaciones a realizar hasta el domicilio del Asegurado en su país de origen

- Artículo 7.2 Repatriación o Transporte de heridos o enfermos.
- Artículo 7.3 Repatriación o Transporte de los demás asegurados.
- Artículo 7.4 Repatriación o Transporte de menores.
- Artículo 7.5 Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización.
- Artículo 7.7 Repatriación o Transporte del Asegurado fallecido.
- Artículo 7.8 Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar.
- Artículo 7.9 Regreso anticipado por hospitalización de un familiar.

3.2 Prestaciones a realizar exclusivamente en territorio español

- Artículo 7.1 Asistencia médica y sanitaria.

- Artículo 7.6 Convalecencia en Hotel.
- Artículo 7.10 Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados.
- Artículo 7.11 Demora en la entrega del Equipaje facturado.

4. SANCIONES Y EMBARGOS INTERNACIONALES

La cobertura del seguro, el pago de una indemnización o la prestación de cualquier servicio estarán garantizados, sólo y únicamente, mientras no entren en contradicción con sanciones económicas, comerciales o financieras ni con embargos que hayan sido promulgados por la Unión Europea o España y sean directamente aplicables a las partes contratantes.

Esto resultará igualmente de aplicación en el caso de sanciones económicas, comerciales, financieras o embargos que hayan sido promulgados por los Estados Unidos de América, en tanto en cuanto no entren en contradicción con las disposiciones legislativas de la Unión Europea o de España.

5. PAGO DE PRIMAS

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima única en el momento de formalización del contrato. En las Condiciones Particulares de la Póliza se fija la forma de pago de prima, que será siempre mediante tarjeta de débito o de crédito, salvo pacto en contrario.

6. INFORMACIÓN SOBRE EL RIESGO

El TOMADOR del seguro tiene el deber de declarar al ASEGURADOR, antes de la formalización del contrato, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, de acuerdo al cuestionario que se le someta. Quedará exonerado de tal deber si el ASEGURADOR no le somete cuestionario o cuando, aún sometidoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El ASEGURADOR puede rescindir el contrato en el plazo de un mes, a contar desde el momento en que llegue a su conocimiento la reserva o inexactitud de la declaración del TOMADOR.

Durante la vigencia del contrato, el Asegurado debe comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario al que se hace mención en este artículo que agraven s el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría concluido o lo habría hecho en condiciones más gravosas.

Conocida una agravación del riesgo, el ASEGURADOR puede, en el plazo de un mes, proponer la modificación del contrato o proceder a su rescisión.

7. GARANTÍAS CUBIERTAS

Las garantías contratadas son las que se detallan a continuación, con los límites previstos en las Condiciones Particulares.

7.1.1 ASISTENCIA MÉDICA Y SANITARIA EN ESPAÑA

El ASEGURADOR, **hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza**, tomará a su cargo los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado, enfermo o herido, **siempre que dicha intervención se haya efectuado de conformidad con el equipo médico del Asegurador.**

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

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

cluye de esta cobertura el pago sucesivo de aquellos medicamentos o gastos farmacéuticos que se deriven de cualquier proceso que tenga o adquiera carácter crónico.

En caso de urgencia vital como consecuencia de una complicación imprevisible de una enfermedad crónica, congénita o preexistente, el ASEGURADOR se hará cargo **únicamente de los gastos de una primera asistencia sanitaria realizada con carácter de urgencia y dentro de las primeras 24 horas a contar desde su ingreso en el centro hospitalario.**

Los gastos cubiertos por esta causa no podrán exceder en ningún caso el 10% de la suma asegurada para la garantía de Asistencia médica sanitaria.

Salvo en caso de emergencia o fuerza mayor acreditada, **será el Asegurador el que, a través de su equipo médico, dictaminará a qué centro médico se derivará al Asegurado en función de la lesión o enfermedad sufrida por este.**

En el caso de enfermedades o accidentes ocurridos dentro del ámbito de cobertura contratado, si el pronóstico del equipo médico del Asegurador dictamina que dada la gravedad del caso el Asegurado **precisa de un tratamiento de larga duración**, el ASEGURADOR procederá al traslado del Asegurado a su lugar de residencia habitual al objeto de que pueda recibir dicho tratamiento por los medios de asistencia sanitaria habituales en su lugar de residencia. **En el supuesto de que el Asegurado no acepte dicho traslado, inmediatamente cesarán las obligaciones del Asegurador respecto al pago de los servicios amparados por la presente garantía.**

Se entenderá por tratamiento de larga duración todo tratamiento que supere los 60 días a contar desde la fecha que se efectuó el diagnóstico.

La atención médica se podrá prestar mediante consulta vía telefónica (telemedicina) si así lo acepta el asegurado. Estas consultas se facilitarán **únicamente cuando el equipo médico del Asegurador, tras pasar por el proceso de triaje, valore que la gravedad de la patología lo permite.**

7.1.2. GASTOS ODONTOLÓGICOS URGENTES

El ASEGURADOR tomará a su cargo, **hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares**, y de acuerdo con la duración del seguro contratado el coste del tratamiento efectuado al ASEGURADO para el alivio del dolor relacionado con una infección de encía o diente, sobrevenido durante el transcurso del viaje y que dé lugar a un tratamiento urgente para mitigar este dolor.

7.2. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE SANITARIO DE HERIDOS O ENFERMOS

En caso de accidente o enfermedad sobrevenida al ASEGURADO y que le impidiera la continuación del viaje según el criterio de un profesional médico, el ASEGURADOR se hará cargo de:

- a) Los gastos de traslado en ambulancia **hasta la clínica u hospital más próximo**.
- b) El control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) Los gastos de traslado del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito o hasta su domicilio habitual.

El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el Equipo Médico del ASEGURADOR en función de la urgencia y gravedad del caso.

Exclusivamente en Europa, y siempre a criterio del Equipo Médico del ASEGURADOR, podrá utilizarse un avión sanitario especialmente acondicionado.

Si el ASEGURADO fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su lugar de residencia habitual, el ASEGURADOR se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

Para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser

ingresado el ASEGURADO sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico.

Si el ASEGURADO se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico del ASEGURADOR, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.

El ASEGURADOR se subroga en los derechos de los ASEGURADOS por los billetes y todos aquellos gastos de regreso inicialmente previstos.

7.3. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE ACOMPAÑANTES

Cuando en aplicación de la garantía “REPATRIACIÓN O TRANSPORTE SANITARIO DE HERIDOS O ENFERMOS” se haya repatriado o trasladado a uno de los ASEGURADOS, por enfermedad o accidente, el ASEGURADOR se hará cargo del transporte de un acompañante, para que pueda acompañar al ASEGURADO hasta el lugar de residencia habitual del ASEGURADO, o hasta el lugar de hospitalización. Si hubiera menores o dependientes también serán repatriados.

El ASEGURADOR se subroga en los derechos de los ASEGURADOS por los billetes y todos aquellos gastos de regreso inicialmente previstos.

7.4. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE HIJOS MENORES O PERSONAS DEPENDIENTES

Si el ASEGURADO repatriado o trasladado en aplicación de la garantía “REPATRIACIÓN O TRANSPORTE SANITARIO DE HERIDOS O ENFERMOS” **viajase con la única compañía de hijos o personas dependientes, o de hijos menores de quince años**, el ASEGURADOR organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el ASEGURADO, a fin de acompañar a los hijos menores o personas dependientes, a su lugar de residencia habitual.

El ASEGURADOR se subroga en los derechos de los ASEGURADOS por los billetes y todos aquellos gastos de regreso inicialmente previstos.

7.5. DESPLAZAMIENTO DE UNA PERSONA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN SUPERIOR A 5 DÍAS.

Si el estado del ASEGURADO, enfermo o herido **requiere su hospitalización durante un período superior a 5 días**, el ASEGURADOR pondrá a disposición de un familiar del ASEGURADO, o de la persona que éste designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo, siempre y cuando ningún familiar de primer grado se encuentre a su lado.

7.6. PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN HOTEL POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Si el ASEGURADO enfermo o herido no puede regresar a su lugar de residencia habitual por prescripción médica, y no fuera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, el ASEGURADOR tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, **hasta el límite diario y por el período máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

7.7. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

En caso de fallecimiento de un ASEGURADO, el ASEGURADOR organizará y se hará cargo de los gastos del traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en su lugar de residencia habitual. En dichos gastos se entenderán incluidos los gastos de acondicionamiento post-mortem de acuerdo con los requisitos legales.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

El ASEGURADOR, además, tomará a su cargo el regreso a su domicilio de los familiares ASEGURADOS del fallecido para que puedan acompañar los restos mortales hasta el lugar de inhumación en su lugar de residencia habitual.

El ASEGURADOR se subroga en los derechos de los ASEGURADOS por los billetes y todos aquellos gastos de regreso inicialmente previstos a su lugar de residencia habitual.

7.8. REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Si cualquiera de los ASEGURADOS debe interrumpir su viaje a causa

del fallecimiento de un familiar, tal y como se define en esta póliza, el ASEGURADOR se hará cargo del transporte, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre hasta el lugar de inhumación.

Asimismo, el ASEGURADOR se hará cargo de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en el mismo viaje al ASEGURADO que anticipó su regreso, **siempre que esta segunda persona se encuentre asegurada por esta Póliza.**

El ASEGURADOR se subroga en los derechos de los ASEGURADOS por los billetes y todos aquellos gastos de regreso inicialmente previstos.

7.9. REGRESO ANTICIPADO POR HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR SUPERIOR A 5 DIAS.

Si cualquiera de los ASEGURADOS debe interrumpir su viaje a causa de la hospitalización de un familiar, tal y como se define en esta póliza, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave que exija su internamiento **por el periodo superior a 5 días y que el mismo se haya producido después de la fecha de inicio del viaje**, el ASEGURADOR se hará cargo del transporte hasta la localidad en la que tenga su residencia habitual.

Asimismo, el ASEGURADOR se hará cargo de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en el mismo viaje al ASEGURADO que anticipó su regreso, **siempre que ésta segunda persona se encuentre asegurada por esta póliza.**

El ASEGURADOR se subroga en los derechos de los ASEGURADOS por los billetes y todos aquellos gastos de regreso inicialmente previstos.

7.10. BÚSQUEDA, LOCALIZACIÓN Y ENVÍO DE EQUIPAJES EXTRAVIADOS

En caso de que el ASEGURADO sufra una demora o pérdida de su equipaje, el ASEGURADOR le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, el ASEGURADOR tomará a su

cargo el coste del envío hasta hacerlo llegar a manos del ASEGURADO, **siempre que no sea necesaria la presencia de éste para su recuperación.**

La localización y organización del envío de dichos objetos será a cargo del ASEGURADO.

7.11. DEMORA EN LA ENTREGA DEL EQUIPAJE

El ASEGURADOR se hará cargo del reembolso, **hasta el límite fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza y previa presentación de las facturas correspondientes**, de la compra de artículos de primera necesidad ocasionados por una demora en la entrega del equipaje facturado por parte de la empresa transportista en el viaje de ida.

La demora en la entrega deberá ser superior a 12 horas, o bien que transcurra una noche por medio. En el caso de que la demora se produzca en el viaje de regreso, sólo estará cubierta si la entrega del equipaje se retrasa más de 48 horas, a contar desde el momento de la llegada.

Para la prestación de esta garantía, el ASEGURADO deberá aportar al ASEGURADOR documento acreditativo que especifique la ocurrencia de la demora y su duración, expedido por la empresa porteadora.

8. EXCLUSIONES

No están cubiertas por esta garantía:

- a) Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al ASEGURADOR y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.**
- b) Los siniestros causados por dolo del ASEGURADO, del TOMADOR DEL SEGURO, de los BENEFICIARIOS o de las personas que viajen con el ASEGURADO.**
- c) Los siniestros ocurridos en caso de guerra, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje, huel-**

gas, detenciones por parte de cualquier autoridad por delito no derivado de accidente de circulación, restricciones a la libre circulación o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que el ASEGURADO pruebe que no tiene relación con el hecho por el que se solicitan tales acontecimientos.

- d) Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en apuestas, competiciones o pruebas deportivas, y la práctica de actividades deportivas y/o de aventura.
- e) Los siniestros que tengan por causa las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear o la radioactividad, así como los derivados de agentes biológicos o químicos.
- f) El rescate en montaña, mar o desierto.
- g) Salvo lo indicado en las garantías de asistencia de estas Condiciones Generales, los hechos, dolencias y enfermedades crónicas, preexistentes o congénitas, así como sus consecuencias padecidas por el ASEGURADO con anterioridad al efecto de la póliza.
- h) Las enfermedades y accidentes sobrevenidos en el ejercicio de una profesión de carácter manual o que requieran de un esfuerzo físico intenso.
- i) Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el asegurado a sí mismo.
- j) Tratamiento o enfermedades o estados patológicos producidos por ingestión o administración de tóxicos (drogas), alcohol, narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- k) Los gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis y órtesis.
- l) Partos.
- m) Embarazos y partos, salvo complicaciones imprevisibles en las primeras 24 semanas de gestación.
- n) Las revisiones médicas periódicas, preventivas o pediátricas.
- ñ) Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico producido como consecuencia de dolo por parte del ASEGURADO, o por abandono de tratamiento que haga previsible el deterioro de la salud.

- o) **El ASEGURADOR no se hará cargo de gastos médicos o farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 9,00 €.**
- p) **Gastos médicos derivados de viajes reservados o iniciados contravinando el criterio médico.**
- q) **Si el ASEGURADO viaja con el fin de recibir tratamiento médico y el siniestro está relacionado con el mismo.**

9. LÍMITES

El ASEGURADOR asumirá los gastos reseñados, **dentro de los límites establecidos y hasta la cantidad máxima contratada para cada caso.** Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.

El ASEGURADOR estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del ASEGURADO.

En las garantías que supongan el pago de una cantidad líquida en dinero, el ASEGURADOR está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro. En cualquier supuesto, el ASEGURADOR abonará, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el ASEGURADOR no hubiese realizado dicha indemnización por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en un 20 por 100 anual.

10. DECLARACIÓN Y GESTIÓN DE SINIESTROS

Ante la producción de un siniestro que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, **el ASEGURADO deberá, indispensablemente, comunicarse con el servicio telefónico de urgencia establecido por el ASEGURADOR,** indicando el nombre del ASEGURADO, núme-

ro de póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentra, y tipo de asistencia que precise. Esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido, en caso de imposibilidad el Asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el reembolso del coste de las llamadas que realice a la Compañía, siempre que esté debidamente documentado y justificado.

Será motivo de rechazo del siniestro, si de mala fe el ASEGURADO presenta falsas declaraciones, exagera la cantidad de los daños, pretende destruir o hacer desaparecer objetos existentes antes del siniestro, disimula o sustrae todo o parte de los objetos asegurados, emplea como justificación documentos inexactos o utiliza medios fraudulentos, pierde todo derecho a indemnización por el siniestro.

¿Qué hacer cuando precise nuestra asistencia?

a) Llame de inmediato a nuestra Central Operativa 24 horas

- Desde España: **91 990 59 40**
- Desde el Extranjero: **34 91 990 59 40**

Tenga presente que para beneficiarse de las coberturas de su póliza, es imprescindible que nos las solicite previamente.

b) Para una mayor eficacia y rapidez, cuando nos llame facilítenos los siguientes datos:

- Nombre del Asegurado
- Número de póliza
- Lugar y número de teléfono donde se encuentre

c) “Gastos de anulación de viaje”: comuníqueme el hecho de forma inmediata al organizador del viaje, con el fin de aminorar las consecuencias de dicha anulación. Comuníquenos a ASISA las causas, junto a los certificados que las justifiquen (certificados médicos, de defunción, etc.) y las facturas que hayan podido provocar.

d) “Robo y daños materiales al equipaje”: comuníquenos una descripción detallada de los daños, pérdidas u objetos robados, junto a los certificados expedidos por la autoridad competente que lo justifiquen (compañías aéreas, policía, etc.) y con las facturas que hayan podido generar.

e) De forma genérica:

- Solicite, guarde y facilítenos todos los certificados y facturas que puedan afectar a cualquiera de las garantías solicitadas.
- Haga todo lo posible para aminorar las consecuencias del siniestro empleando todos los medios a su alcance.
- Ante cualquier duda, llámenos. Estamos para ayudarle.

11. DISPOSICIONES ADICIONALES

El ASEGURADOR no asumirá obligación alguna en relación con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del ASEGURADOR, éste estará obligado a reembolsar al ASEGURADO los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

En cualquier caso, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado la presentación de documentos o pruebas razonables al objeto de hacer efectivo el pago de la prestación solicitada.

12. SUBROGACIÓN

Excepto en la garantía de ACCIDENTES, el ASEGURADOR quedará automáticamente subrogado, hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en aplicación de las prestaciones garantizadas por la Póliza, en los derechos y acciones que puedan corresponder a los ASEGURADOS o a sus herederos, así como a otros BENEFICIARIOS, contra terceras personas, físicas o jurídicas, hasta el total de los servicios prestados o siniestros indemnizados.

De forma especial, este derecho podrá ser ejercitado por el ASEGURADOR frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución, total o parcial, del costo de los billetes no utilizados por los ASEGURADOS.

13. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco si el seguro es de personas.

14. INDICACIÓN

Si el contenido de la presente póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin que se haya efectuado la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

15. PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de sus datos personales.

El responsable del tratamiento es ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (en adelante, ASISA), con C.I.F. A08169294, y con domicilio social en Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027 Madrid.

ASISA tiene nombrado formalmente un Delegado de Protección de Datos, que tiene habilitado el siguiente canal de comunicación: dpo@grupoasisa.com

2. Tratamiento de los datos personales.

Se procederá a tratar datos personales identificativos, de empleo, características personales, circunstancias sociales y datos socioeconómicos, proporcionados a través de la solicitud de seguro, así como durante la vigencia del contrato y mediante el acceso a ficheros existentes en fuentes públicas o privadas siempre que exista un interés legítimo y/o cumplimiento de una obligación legal.

El Tomador se compromete a garantizar que toda la información facilitada, incluida la relativa a los asegurados es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

Asimismo, en caso de proporcionar datos relativos a otra persona física deberá, con carácter previo a su inclusión, obtener los correspondientes consentimientos e informarle de los extremos contenidos en la presente cláusula.

3. Finalidad del tratamiento de los datos personales.

El tratamiento de los datos tendrá como finalidad atender, gestionar y ejecutar el contrato de seguro, así como prestar los servicios relacionados directa o indirectamente con el mantenimiento del mismo.

Adicionalmente, ASISA está amparada por el interés legítimo para:

- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos y/o servicios propios de la entidad y que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si el Asegurado no desea recibir publicidad por medios electrónicos, podrá dirigirse a la dirección de correo electrónico: dpo@grupoasisa.com
- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas y de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.
- En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito.

Siendo la privacidad de especial importancia para ASISA, se han realizado los oportunos juicios de ponderación a fin de verificar que los derechos y libertades fundamentales de los interesados prevalecen sobre los intereses de la Compañía con carácter previo a aplicar el in-

terés legítimo como base de licitud para las finalidades mencionadas en el presente apartado. Las conclusiones del juicio de ponderación se podrán facilitar mediante petición formal en la siguiente dirección de correo electrónico: dpo@grupoasisa.com

Asimismo, en base al cumplimiento de obligaciones legales, el tratamiento de los datos tendrá como finalidad:

- Cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

Además, el consentimiento del asegurado permitirá a ASISA el tratamiento de sus datos para:

- Enviarle ofertas personalizadas de productos y servicios de las empresas del Grupo ASISA y Colaboradoras. El asegurado puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros>

- Compartir los datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que éstas puedan ofrecer información comercial en relación con sus propios productos y servicios. El Asegurado puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros>

La no autorización del tratamiento de los datos para las anteriores finalidades no afectará al mantenimiento o cumplimiento de la relación contractual.

4. Legitimación para el tratamiento de los datos personales.

La base para el tratamiento de los datos personales del asegurado se encuentra:

- En la ejecución del contrato para la prestación de asistencia sanitaria al asegurado por parte de ASISA, en base a lo dispuesto en el contrato de seguro que le vincula con dicho asegurado.
- En el cumplimiento de obligaciones legales para cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

- En el interés legítimo para enviarte ofertas y promociones personalizadas, así como para prevenir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA respecto a clientes y exclientes y con fines administrativos internos.
- En el consentimiento para comunicar datos a otras empresas de las que podrá recibir ofertas y promociones personalizadas y para poder ofrecer publicidad de productos y servicios de terceras empresas.

5. Destinatarios de los datos personales.

Los datos personales tratados por ASISA para alcanzar las finalidades detalladas anteriormente podrán ser comunicados a los siguientes destinatarios en función de la base legitimadora de la comunicación.

- Dirección General de Seguros, Organismos y Administraciones Públicas.
- Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en la presente Póliza.
- Entidades financieras para la gestión de cobros y pagos.
- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) para la inclusión de sus datos personales, en caso de considerarse necesario, en su fichero común de prevención del fraude.
- Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.
- En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA compartirá su información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas puedan ofrecer información comercial en relación con sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web <https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros>

Los destinatarios citados no constituyen una enumeración taxativa, estando incluidos únicamente los supuestos más comunes.

6. Tiempo de conservación de los datos personales

Los datos personales se mantendrán durante la vigencia del contrato. Tras la finalización de la relación contractual, ASISA se abstendrá de realizar ningún tratamiento sobre los mismos. Dichos datos se mantendrán en situación de bloqueo durante los plazos establecidos en las normativas sectoriales de aplicación, suprimiéndose una vez transcurridos dichos plazos.

7. Derechos en relación con el tratamiento de los datos personales.

El asegurado tiene derecho a acceder a sus datos personales y a obtener confirmación sobre cómo se están tratando dichos datos. Asimismo, tiene derecho a solicitar la rectificación de los datos que sean incorrectos o inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que hayan sido recabados por ASISA.

En determinadas circunstancias, el asegurado podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso ASISA únicamente los conservará para el ejercicio o la defensa de las posibles reclamaciones.

Asimismo, también en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA. En ese caso, ASISA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurran motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Por último, el asegurado podrá solicitar el derecho a la portabilidad y obtener para sí mismo o para otro prestador de servicios determinada información derivada de la relación contractual formalizada con ASISA.

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

- Escrito dirigido a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.

- Mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico: dpo@grupoasisa.com

ASISA facilitará la información solicitada en el plazo máximo de un (1) mes a partir de la recepción de la solicitud. Dicho plazo podrá prorrogarse otros dos meses en caso necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes.

El asegurado podrá retirar el consentimiento en cualquier momento, en el caso de haberse otorgado para alguna finalidad específica, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a dicha retirada.

El asegurado podrá presentar reclamación ante la Autoridad de Control competente en materia de protección de datos. No obstante, en primera instancia, podrá presentar reclamación ante el Delegado de Protección de Datos, quien revolverá la misma en el plazo máximo de dos (2) meses.

16. RECLAMACIONES

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pueda resultar competente, los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamación por escrito ante las siguientes instancias:

1. Delegación Provincial de ASISA.
2. Servicio de Atención al Cliente del Grupo ASISA, de acuerdo con lo previsto en la “Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras”. El procedimiento de gestión de las quejas y reclamaciones ante dicha instancia se puede consultar en el Reglamento de funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente del Grupo Asisa, en la página web de la Entidad (www.asisa.es).
3. En caso de desacuerdo con la resolución del Servicio de Atención al Cliente, o si no se hubiera obtenido respuesta en el plazo de dos meses, el interesado podrá interponer reclamación ante el Servicio

de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana n.º 44 - 28046 - Madrid, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo.

ASISA no se encuentra adherida a ninguna Junta Arbitral de Consumo. Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de Seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

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

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