

ASISA **SALUD PYMES**/ASISA **SALUD PYMES PLUS**

VOCACIÓN PYMES

NOTA INFORMATIVA PREVIA PARA LA CONTRATACIÓN DE ASISA SALUD PYMES/ ASISA SALUD PYMES PLUS

(Guía de Buenas Prácticas)



1. Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica. Dirección Social.

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.
C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 12. 28027, Madrid - España.

2. Nombre del producto.

ASISA Salud Pymes/ ASISA Salud Pymes Plus.

3. Tipo de seguro.

Asistencia sanitaria. Seguro de asistencia sanitaria con cobertura completa en la modalidad de prestación de servicios (a través de un cuadro médico nacional donde se detallan los facultativos y centros concertados).

Existen dos modalidades de contratación:

- ASISA Salud Pymes: sin carencias (excepto hospitalización por maternidad y psiquiátrica) y con copagos.
- ASISA Salud Pymes Plus: con carencias y sin copagos.

Asistencia dental (opcional). Cualquiera de las dos modalidades puede contratarse con cobertura dental, que da acceso a servicios odontológicos en la modalidad de prestación de servicios (a través de un cuadro médico-dental nacional donde se detallan los facultativos y centros concertados). Incluye reembolso de gastos por accidentes bucodentales o por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales.

4. Cuestionario de salud.

Documento que cumplimenta el tomador y/o asegurado antes de la formalización del contrato referente a su estado de salud/hábitos de vida y que sirve al asegurador para la valoración del riesgo objeto del seguro.

El tomador y/o asegurado autoriza a ASISA a comprobar la veracidad de los datos. En caso de reserva o inexactitud en los datos facilitados, ASISA podrá rescindir el contrato (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas.

5.1 Prestaciones aseguradas.

Las prestaciones aseguradas en ASISA Salud Pymes, con el alcance establecido en las Condiciones Generales de la póliza, son las siguientes:

Asistencia sanitaria.

- Servicio de urgencia.
- Medicina primaria.
 - Medicina general y familiar.
 - Pediatría.
 - Enfermería.

- Medicina especializada.
- Medios de diagnóstico.
- Técnicas especiales de tratamiento.
- Otros servicios.
 - Podología (hasta 12 sesiones/año).
 - Psicoterapia (hasta 20 sesiones/año o hasta 40 en trastornos de la alimentación, acoso escolar, ciberacoso y violencia de género).
 - Planificación familiar.
 - Preparación al parto.
 - Estomatología y odontología.
 - Segunda opinión.
 - Medicina preventiva.
 - Doctor virtual.
- Hospitalización.
 - Hospital de día.
 - Por maternidad.
 - Pediátrica.
 - Por motivo quirúrgico.
 - Por motivo médico.
 - Psiquiátrica (hasta 50 días/año).
 - En unidades especializadas.
- Cirugía ambulatoria.
- Traslado de enfermos (ambulancia).
- Prótesis e implantes.
- Trasplantes (médula ósea y córnea).
- Accidentes laborales y del seguro obligatorio de vehículos a motor.
- Asistencia en viaje (hasta 14.000€ por asegurado y viaje).
- Seguro de fallecimiento por accidente para mayores de 14 años y menores de 65 años (6.000€).

Asistencia dental (opcional).

A. Servicios odontológicos.

Las prestaciones aseguradas en ASISA Dental, que se indican en el cuadro de coberturas y franquicias de la póliza, son las siguientes:

- Diagnóstico.
- Diagnóstico por imagen.
- Odontología preventiva.
- Odontología conservadora.
- Endodoncia.
- Odontopediatría.
- Periodoncia.
- Ortodoncia.
- Prótesis.

- Cirugía.
- Implantología.
- ATM.
- Estética dental.

B. Garantías de reembolso.

- Reembolso de gastos por accidente en la cavidad bucodental. Se reembolsará el importe de las franquicias necesarias con un límite de 1.500 € por siniestro y año.
- Reembolso de gastos por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales. Se reembolsará el 20% de la factura del tratamiento dental de recuperación con el límite de la suma asegurada (20% del tratamiento dental inicial con un máximo de 1.500 € por tratamiento y año). Los tratamientos objeto de cobertura son los siguientes:
 - Rehabilitación estomatognática mediante prótesis fija dentosoportada.
 - Implantología.
 - Ortodoncia.

5.2 Libertad de elección.

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el cuadro médico de privados, cuya edición actualizada estará disponible en la web www.asisa.es y/o en las oficinas de la entidad.

6. Exclusiones de cobertura.

6.1 Prestaciones excluidas en asistencia sanitaria.

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 o pandemias 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, huracanes o tifones, terremotos, derrumbamientos, etc.
4. La asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación del seguro o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados en el cuestionario que debe cumplimentar 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 y artes marciales, toreo, escalada, montañismo, barranquismo, puéting etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.

6. La asistencia derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), estupefacientes o alucinógenos.
7. 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 o para control metabólico). La Cirugía Robotizada (con robot Da Vinci o con cualquier otro dispositivo).
8. La Medicina Preventiva (excepto lo recogido en el Anexo III de estas Condiciones), los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos, excepto los supuestos recogidos expresamente en el punto 4 (Medios de diagnóstico) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales.
9. 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.
10. Quedan excluidos los empastes, las prótesis dentarias, los implantes dentales, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia, así como las pruebas diagnósticas o estudios previos o relacionados con estos tratamientos y cualquier técnica diagnóstica o tratamiento con fines estéticos o cosméticos.
11. 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 6.2 de la Condición General Segunda), hipnosis, sofrología tratamientos neuropsicológicos o de neurorehabilitación y tratamiento ambulatorio de la narcolepsia.
12. En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la inseminación artificial y la fecundación «in vitro», los DIU hormonales, así como las ecografías obstétricas de 4 y/o más "D" (4D, 5D, 6D, etc.). También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo.
13. 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. Asimismo, se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, la estimulación temprana, la neurorehabilitación o la estimulación cognitiva, y, en general, los tratamientos de alteraciones neurológicas o neurodegenerativas no relacionadas con el aparato locomotor.

En cualquier caso, se excluye la rehabilitación en patologías crónicas y/o cuando el proceso haya entrado en un estado de estabilización insuperable, conforme al informe del médico rehabilitador, exceptuando los casos de reagudización del proceso.

14. Los implantes constituidos por hueso natural (salvo que sean necesarios para intervenciones autorizadas por la Entidad y siempre que se soliciten a bancos de huesos y tejidos nacionales) o sustitutivos del mismo, y los factores de crecimiento plaquetario. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos. Las prótesis de pene y escroto, las prótesis de mama y los expansores de piel (salvo lo indicado en el apartado de Cirugía oncológica de mama en el punto 5 de la Cláusula Segunda), los implantes dentales, cocleares, de oído medio y cualquier tipo de implante o prótesis que no sea de práctica quirúrgica general en la Sanidad Pública. No es de cobertura

ningún gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, de cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica, no autóloga, no incluidos de forma expresa en el punto 10 de la Cláusula Segunda de estas Condiciones (relativo a Prótesis e Implantes). También quedan excluidas las prótesis cubiertas en el citado punto 10 de la Cláusula Segunda, cuando incorporen modificaciones técnicas, en cuanto al diseño y/o tipo de dispositivo, elementos de su composición, el material utilizado, los métodos para su implantación, o que supongan cambios en las fuentes de energía, en caso de implantes activos, respecto a las de utilización general hasta el momento de la contratación, salvo que su incorporación a la cobertura del presente contrato de seguro sea comunicada previamente y de forma expresa por parte de la Entidad.

15. La Medicación, excepto en los casos de hospitalizaciones y la medicación quimioterápica oncológica antineoplásica con citostáticos o con otros medicamentos, intravenosa o intravesical, empleada en los tratamientos quimioterápicos oncológicos ambulatorios administrados en Unidades de Oncología en régimen de Hospital de Día (se excluye cualquier otra medicación administrada 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.
16. Se excluyen las terapias regenerativas y celulares de cualquier tipo, así como los tratamientos basados en ingeniería tisular y en terapias génicas o genéticas y cualquier tratamiento basado en modificaciones genéticas de células del paciente a través de cualquier procedimiento (incluso las terapias denominadas CAR-T o de células T con CAR).
17. Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en aquellas patologías oncológicas, cardíacas y neurológicas incluidas en el Anexo I de estas Condiciones Generales). El T.A.C. espectral. Las ecografías obstétricas de 4 y/o más "D" (4D, 5D, 6D, etc.).
18. La monitorización neurofisiológica y la Neuronavegación, salvo en los casos previstos en la Condición General Segunda.
19. 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 5 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Cláusula Segunda de estas Condiciones Generales.
20. La radiocirugía estereotáxica o estereotáctica, excepto para tratamiento de lesiones tumorales localizadas del sistema nervioso central, la radiocirugía con Gammaknife o Cyberknife, la Tomoterapia, la Radioterapia Intraoperatoria, la Protonterapia o Terapia con protones, así como otras técnicas especiales de radioterapia, excepto en los supuestos recogidos expresamente en el punto 8 (Técnicas especiales de Tratamiento) de la Condición Segunda de estas Condiciones Generales. No es de cobertura ninguna forma de Radioterapia para patología benigna no oncológica.
21. 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).

22. Se excluyen de la cobertura del seguro todos aquellos medios, procedimientos y técnicas de diagnóstico o tratamiento no reconocidos o no universalizados en la práctica médica habitual, o que sean de carácter experimental o de investigación.
23. Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica no incluida expresamente en la cobertura del contrato, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual, después de la contratación de la misma, salvo que la Entidad comunique expresamente su incorporación. Cualquier acto diagnóstico o terapéutico que implique una modificación respecto a la práctica médica general previa a la contratación en cuanto a la vía de abordaje, dispositivos utilizados, materiales empleados y fuentes de energía, salvo que inclusión expresa en la cobertura previa comunicación por la Entidad.
24. Cualquier asistencia prescrita y/o realizada por profesionales o centros no concertados por la Entidad, salvo lo establecido para el caso de Hospitalización por urgencia vital.
25. Cualquier asistencia (consulta, medio de diagnóstico, técnica de tratamiento, prótesis o implante, servicio, etc.) relativa a prestaciones no cubiertas por el presente contrato de seguro.

6.2 Prestaciones excluidas en asistencia dental (opcional).

6.2.1 Prestaciones excluidas con carácter general.

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 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, tореo, 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 o realizado por un proveedor asistencial (facultativo o centro) no perteneciente al Cuadro Médico-Dental concertado de la Entidad.
- g) Cualquier gasto relativo a los servicios dentales prestados en régimen asistencial distinto al ambulatorio en clínica dental.

6.2.2 Prestaciones excluidas en la garantía de accidentes bucodentales.

Queda excluido expresamente de la presente cobertura el reembolso de gastos derivado de accidente en los siguientes casos:

- a) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado.
- b) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la definición de Accidente Dental.

- c) Los accidentes que sean fruto de ceguera, sordera u otro defecto físico.
- d) Los ocurridos en competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional, sus entrenamientos y ensayos preparatorios.
- e) Los accidentes ocurridos por el uso de embarcaciones a vela o motor a más de dos millas de la costa, uso de motocicletas y uso de avionetas de propiedad particular.
- f) Los ocurridos por la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
- g) Los ocurridos por la práctica de deportes, actividades peligrosas o de riesgo como: boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín, deportes aéreos en general, deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.

6.2.3 Prestaciones excluidas en la garantía de contingencias posteriores.

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

- a) Los derivados de accidentes dentales.
- b) Los derivados de tratamientos dentales que no hayan finalizado con un "Informe de Alta".
- c) La cobertura de cualquier acto médico-dental cubierto en la póliza si el Asegurado paciente no ha cumplido con lo previsto en el "Informe de Alta" en lo relativo a las revisiones a efectuar, higiene, cuidados, etc.
- d) La cobertura de cualquier acto médico cubierto en la póliza necesario para la reparación del daño a consecuencia de una situación sobrevenida cubierta por la póliza si el Asegurado no presenta la factura acreditativa de haber pagado el tratamiento.
- e) La repetición de un tratamiento dental por alegación de daño exclusivamente estético.

6.3 Periodos de carencia.

Solo aplicables en asistencia sanitaria:

ASISA Salud Pymes:

- Hospitalización por maternidad o psiquiátrica: 8 meses.

ASISA Salud Pymes Plus:

- Cualquier hospitalización: 8 meses.
- Técnicas especiales de tratamiento: 6 meses.
- Cirugía ambulatoria: 6 meses.
- Planificación familiar: 6 meses.
- Psicoterapia: 6 meses
- Determinados medios de diagnóstico (cariotipos, radiología vascular, RMN, PET, TAC, estudios gammagráficos, cateterismo, estudios electrofisiológicos cardíacos, estudio polisomnográfico, amniocentesis, estudios urodinámicos, etc.): 6 meses.

7. Forma de cobro de la prestación.

Este producto tiene establecida la participación del asegurado en el coste de los servicios (copago) para la modalidad ASISA Salud Pymes, no así para la modalidad ASISA Salud Pymes Plus. El copago es el importe que el tomador debe abonar al asegurador para colaborar en el coste económico de cada servicio sanitario utilizado por el asegurado.

Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada anualmente.

Los copagos de ASISA Salud Pymes (solo aplicables en asistencia sanitaria y en la modalidad con copago) para 2022 son los siguientes:

- ATS, podología: 1 €
- Medicina general y pediatría: 2,50 €
- Urgencias (hospitalarias y domiciliarias), ingresos hospitalarios, pruebas y tratamientos especiales que requieran autorización: 4 €
- RMN/TAC/PET: 8 €
- Rehabilitación (por sesión): 0,75 €
- Preparación al parto: 4 €
- Psicoterapia (por sesión): 9 €
- Resto de servicios: 3 €

8. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas.

8.1 Cuestiones generales.

Pago por domiciliación bancaria.

Las pólizas y primas son anuales (adaptadas al año natural), y la entidad tiene establecidas las formas de pago mensual, bimestral, trimestral, semestral y anual. Los descuentos aplicables son del 2% para pago trimestral, 4% para pago semestral y 6% para pago anual.

8.2 Comunicación anual del vencimiento de las primas.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 94 de la LOSSEAR, 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. No están vinculadas al IPC.

Se tendrá en cuenta la siniestralidad conjunta de cada edad o grupo de edad y la zona geográfica, según la tarifa. Cada año, con una antelación superior a dos meses, la aseguradora comunicará al tomador las modificaciones del contrato para el próximo año, tanto en lo referente a coberturas como al precio del seguro y a la participación del asegurado en el coste del servicio.

8.3 Evolución anual de la prima.

La tarifa de este producto está establecida por edades, siendo la edad máxima de entrada 69 años y no existiendo edad límite de permanencia. Además, existen tarifas distintas en función de la modalidad escogida.

En cada periodo de prórroga la prima se corresponderá con la determinada por la

entidad en función de la edad que el asegurado tenga a 31 de diciembre del periodo de seguro que vence y la zona geográfica en la que reside.

Para consultar la tarifa completa correspondiente a todos los tramos de edad de este producto puede acceder a www.asisa.es; estando además a disposición del asegurado en las oficinas de la entidad. Se trata de tarifas estándar de contratación (sin aplicación de bonificaciones, descuentos o recargos especiales).

Asisa comunicará al tomador la modificación de la estructura de tramos de edad existente en el momento de la contratación.

8.4 Renovaciones.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de la 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, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y dos meses cuando sea el asegurado. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

ASISA no se opondrá a la prórroga del contrato en los siguientes supuestos y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

A. Contratos de seguro cuyos asegurados padezcan alguna de las consideradas enfermedades graves, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Se entienden por enfermedades graves con tratamiento en curso dentro del contrato las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.

B. Contratos de seguro cuyos asegurados sean mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 ó más años.

C. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

- El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.

D. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

8.5 Derecho de rehabilitación.

Una vez ejercitado por el tomador su derecho de oposición a la prórroga de la póliza, no se contempla la rehabilitación de la misma.

8.6 Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.

Dentro del cuadro médico de este producto el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida.

A tal efecto, estará disponible en la web de la entidad el cuadro médico actualizado.

8.7 Tributos repercutibles.

En la actualidad, el único recargo que gira sobre estos seguros es el del 1,5% de la prima para el Consorcio de Compensación de Seguros.

Las modificaciones de impuestos que puedan surgir en el futuro se implementarán en la forma que reglamentariamente se establezca.

9. Instancias de reclamación.

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

1. Delegación Provincial de ASISA.
 2. Servicio de Atención al Cliente del Grupo ASISA, de acuerdo con el procedimiento establecido en la Orden ECO/734/2004.
 3. Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Las reclamaciones deberán dirigirse consecutivamente ante las instancias indicadas, siguiendo el orden de prelación marcado.

10. Legislación aplicable.

El seguro objeto de esta nota informativa se rige por las siguientes disposiciones legales:

- 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.
- Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las

personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- 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.
- Las normativas de desarrollo y modificaciones aprobadas con posterioridad que sean de aplicación a las anteriormente mencionadas.

Corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía, el control y supervisión de la actividad aseguradora.

11. Régimen fiscal*.

Actualmente los seguros de salud no tienen desgravación con carácter general, si bien para los autónomos y trabajadores por cuenta propia, las primas de los seguros de salud pagadas tanto para él como para su cónyuge e hijos menores de 25 años (hasta un importe de 500 € anuales por cada miembro de la unidad familiar, elevándose esta cantidad a 1.500 € por cada uno de ellos en el caso de tratarse de personas con discapacidad), se consideran gasto deducible para la determinación del rendimiento neto en estimación directa.

* Estas deducciones no serán aplicables en Álava, Guipúzcoa y Vizcaya.

12. Situación financiera y de solvencia.

Anualmente ASISA publicará un informe sobre su situación financiera y de solvencia, que estará disponible en la web <https://www.asisa.es/informacion/solvencia>