

Condiciones Generales Asisa Dental



Algunas de las cláusulas limitativas de derechos incluidas en las Condiciones Generales, no serán de aplicación en función de las Condiciones Particulares establecidas con el Tomador del Seguro.

CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL

CLÁUSULA 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, por lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y por lo dispuesto en el R.D. 1060/2015 de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por lo que se conviene en las condiciones generales, particulares y especiales 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 el Tomador. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Corresponde al Ministerio de Economía y Competitividad de España a través de su Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

- 1.- Accidente Dental:** La lesión en la cavidad bucodental que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca un daño en la cavidad bucodental del Asegurado.
- 2.- 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
- 3.- Asegurador:** Asisa, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. 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.
- 4.- Cavidad Bucodental:** Es el espacio anatómico constituido por los dientes, sus estructuras de soporte, incluido el reborde alveolar palatino y mandibular, y la encía de recubrimiento. Queda excluida la piel de la cara, los labios, los trastornos de los músculos y la articulación temporomandibular, el suelo de boca y el paladar duro y blando (excepto la parte alveolar de paladar duro y mandíbula).
- 5.- Cuadro Médico-Dental/Lista de Facultativos y Servicios:** Relación de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados publicada por la Entidad en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario disponible en las delegaciones de la Entidad, en www.asisa.es y en la App de Asisa.
- 6.- Domicilio del Tomador del seguro y del Asegurado:** El que figure identificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 7.- Fin terapéutico inicialmente planificado:** Se entiende por fin terapéutico inicialmente planificado el objetivo médico-dental pretendido con el diagnóstico inicial efectuado al Asegurado que motivó el inicio del "Tratamiento Dental Inicial".
- 8.- 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.
- 9.- Informe de Alta:** Documento emitido por el facultativo que coordine el "Tratamiento Dental Inicial"

y el "Tratamiento Dental de Recuperación", una vez considere que los tratamientos hayan finalizado por haber alcanzado el "Fin terapéutico inicialmente planificado".

10.- Implantología: Rehabilitación prostodóncica del paciente total o parcialmente desdentado utilizando implantes dentarios intraóseos colocados mediante un acto quirúrgico.

11.- Ortodoncia: Especialidad odontológica que estudia, previene y corrige las alteraciones del desarrollo, las formas de las arcadas dentarias y la posición de los maxilares, con el fin de restablecer el equilibrio morfológico y funcional de la boca y de la cara, mejorando o pudiendo mejorar también la estética facial.

12.- Patologías o situaciones médicas ajenas al tratamiento: Se entiende por patologías o situaciones médicas ajenas al tratamiento, las contingencias patológicas sobrevenidas ajenas al tratamiento que, una vez concluido el mismo y alcanzado el "Fin terapéutico inicialmente planificado", pudieran aparecer y que influyan de manera directa y negativa en la evolución planificada posterior al "Informe de Alta", siempre que requieran realizar los actos médico-dentales cubiertos por la póliza destinados a la recuperación del "Fin terapéutico inicialmente planificado".

13.- 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.

14.- 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.

15.- Rehabilitación estomatognática mediante prótesis fija dentosoportada: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante una aparatología fija, unida permanentemente a algún o algunos dientes naturales que quedan en la boca.

16.- Suma Asegurada: 20% del importe del Tratamiento Dental Inicial, con un máximo de 1.500 € por tratamiento y año.

17.- 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.

18.- Tratamiento Dental Inicial: Tratamiento dental al que se haya sometido el Asegurado inicialmente y cuyas contingencias posteriores dan origen a la cobertura del seguro.

19.- Tratamiento Dental de Recuperación: Tratamiento dental al que se haya sometido el Asegurado para recuperar el fin terapéutico inicialmente planificado.

CONDICIONES

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

Así mismo se incluyen las siguientes garantías de reembolso:

- a) Reembolso de gastos por Accidente en la cavidad bucodental
- b) Reembolso de gastos por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales.

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

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

- a) Servicios Odontológicos:

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

Junto con el Cuadro de coberturas y franquicias la entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado el CUADRO MÉDICODENTAL donde figuran los centros permanentes de urgencias, la lista de facultativos y/o los centros asistenciales donde le prestarán los servicios cubiertos por la póliza.

- b) Garantías de reembolso:

- b.1) Reembolso de gastos por Accidente en la cavidad bucodental:

El alcance y tramitación de esta garantía se recoge en el Anexo I de estas condiciones generales.

- b.2) Reembolso de gastos por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales:

El alcance y tramitación de esta garantía se recoge en el Anexo II de estas condiciones generales.

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: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN 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 MÉDICO-DENTAL**, 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 PÓLIZA 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 en Clínica Dental, por lo que **no estarán cubiertas ni la Hospitalización ni la anestesia general.**

E) En caso de urgencia, deberá acudir 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 pone a disposición del 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: DURACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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 un plazo de, 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 de dos meses cuando sea el asegurador. 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.

SÉPTIMA: 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.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 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.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en la cláusula SEXTA. 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.

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 al Asegurador, el cambio de domicilio del asegurado que figura en el contrato en los 8 días siguientes a producirse.
- 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 cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.
- e) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Toma-



El Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza, mediante comunicación escrita a la Entidad en este sentido. Si hubiese acaecido el siniestro, Asisa podrá exigir el pago del servicio prestado con anterioridad al desistimiento, que consistirá en el importe de la prima que sea proporcional al tiempo transcurrido hasta el momento del desistimiento.

f) El asegurador podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación, que no procediera asumir, una vez conocida la información facilitada por el Asegurado

g) Comunicar al Asegurador la pérdida, sustracción o deterioro de la tarjeta a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado identificado en la póliza, anulando la anterior. Igualmente, el Tomador o Asegurado deberán devolver a ASISA la tarjeta correspondiente al asegurado que cause baja en su póliza.

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 pondrá a su disposición la relación de profesionales y/o centros (CUADRO MEDICO-DENTAL) donde se debe acudir para recibir los servicios contratados.

DÉCIMA: 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).

UNDÉCIMA: PÉRDIDA 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).

DUODÉCIMA: 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 12.1 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 a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador autoriza a Asisa a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

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

DECIMOTERCERA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante la Delegación Provincial de Asisa, 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 del Grupo Asisa, 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 Servicio de Reclamaciones/ Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

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 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

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: ÁMBITO DEL SEGURO

La garantía del presente seguro se extiende a todo el territorio nacional.

DECIMOQUINTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro,



los datos de carácter personal del interesado, incluidos los datos de salud, serán tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.), que actuará como responsable de tratamiento. Asimismo, estos datos podrán ser comunicados entre dicha Entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, identificados como prestadores de servicios sanitarios en el Cuadro Médico elaborada por la Entidad 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.

La base para el tratamiento de sus datos personales se encuentra en la ejecución del contrato entre el interesado y ASISA. Asimismo, sus datos personales se conservarán durante la vigencia del contrato y, posteriormente, siempre que Vd. no haya ejercitado su derecho de supresión, serán conservados teniendo en cuenta los plazos legales que resulten de aplicación en cada caso concreto, teniendo en cuenta la tipología de sus datos, así como la finalidad del tratamiento.

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 la Entidad, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, así como la limitación y la portabilidad de sus datos en los términos que establece la normativa vigente de protección de datos personales, dirigiendo un escrito con la referencia "Protección de Datos" a la Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027 Madrid, o bien mediante correo electrónico a la dirección DPO@grupoa-sisa.com. En ambos casos, el interesado deberá facilitar junto al escrito correspondiente una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad.

Por último, se informa al interesado de que éste podrá consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisa.es

DECIMOSEXTA: 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

REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE EN LA CAVIDAD BUCODENTAL

En caso de que el Asegurado sufra un daño en la cavidad bucodental con ocasión de un accidente dental ocurrido con posterioridad a la fecha de efecto del seguro, el Asegurador se obliga a reembolsar al Asegurado el importe de las franquicias correspondientes a la asistencia dental que dentro de las coberturas de la póliza precise el Asegurado, con el límite **máximo de mil quinientos euros (1.500 €) por siniestro y año.**

El reembolso de gastos se limitará a los gastos abonados previamente por el Asegurado en relación con la asistencia prestada por los profesionales/centros pertenecientes al Cuadro Dental de la póliza, **y con el límite máximo de los importes de franquicia establecidos en el Cuadro de Coberturas y Franquicias** de la póliza. Únicamente serán objeto de cobertura las asistencias que se realicen durante la vigencia del contrato de seguro y que tengan origen en accidentes dentales ocurridos igualmente durante la vigencia del mismo.

RIESGOS EXCLUIDOS:

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

- 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 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.**

TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

Para el reembolso de gastos, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

- a) Informe médico completo emitido por el profesional/centro perteneciente al Cuadro Médico, en el que conste la siguiente información: fecha del accidente, lesiones, diagnóstico, tratamiento realizado y justificación causa-efecto entre el accidente y el tratamiento realizado.
- b) Informe de Alta.
- c) Facturas acreditativas de los importes desembolsados en concepto de franquicias, según el Cuadro de Coberturas y Franquicias vigente en cada momento.

La documentación relacionada se enviará mediante correo electrónico a la dirección reembolsodental@



asisa.es, o bien mediante correo postal a la dirección: Apartado de correos nº 736 FD/2812696 - 28080 Madrid, o por cualquier otro medio que el Asegurador ponga a disposición del Asegurado.

El Asegurador, una vez que haya recibido la totalidad de la documentación requerida relacionada y realizadas las comprobaciones que correspondan, efectuará, si procede, el reembolso de las cantidades determinadas de acuerdo a las condiciones establecidas en esta garantía.

ANEXO II

REEMBOLSO DE GASTOS POR CONTINGENCIAS POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DE DETERMINADOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES.

Si con ocasión de un "Tratamiento Dental Inicial" de los especificados en el presente documento, y una vez emitido el correspondiente "Informe de Alta", aparecieran patologías o situaciones médicas ajenas a dicho tratamiento, que influyeran de manera negativa en su evolución, el Asegurador se obligará a reembolsar al Asegurado, con los límites de la Suma Asegurada, el importe del coste del Tratamiento Dental de Recuperación que haya podido precisar para la recuperación del fin terapéutico inicialmente planificado e identificado en el Tratamiento Dental Inicial.

El importe a reembolsar corresponderá al 20% del importe de la factura del Tratamiento Dental de Recuperación, con el límite de la suma asegurada (20% del importe del Tratamiento Dental inicial, con un máximo de 1.500 € por tratamiento y año).

Únicamente serán tenidos en cuenta a efectos de reembolso, los gastos abonados en concepto de franquicias, según el Cuadro de Coberturas y Franquicias vigente en el momento de realización de los Tratamientos Dentales cubiertos (Inicial y de Recuperación), a través de profesionales/centros del Cuadro Dental.

A efectos de esta garantía, únicamente pueden tener la consideración de "Tratamiento Dental Inicial" los tratamientos dentales de:

- 1.- Rehabilitación estomatognática mediante prótesis fija dentosoportada.
- 2.- Implantología.
- 3.- Ortodoncia.

Únicamente serán objeto de cobertura el "Tratamiento Dental de Recuperación" que haya sido iniciado y finalizado dentro del plazo de cinco años desde la fecha de emisión del "Informe de Alta" del Tratamiento Dental Inicial.

Para tener derecho a esta cobertura es necesario que la póliza haya estado en vigor desde el inicio del Tratamiento Dental Inicial hasta la finalización del Tratamiento Dental de Recuperación.

RIESGOS EXCLUIDOS:

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.**

TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES

En caso de siniestro, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

- a) Copia del "Informe de Alta" del Tratamiento Dental Inicial, en donde se detalle el fin terapéutico inicialmente planificado.
- b) Facturas acreditativas del pago de las franquicias realizado por el "Tratamiento Dental Inicial".
- c) Copia del "Informe de Alta" del "Tratamiento Dental de Recuperación", donde se manifieste que los "Actos médico dentales cubiertos" que sean requeridos tengan relación con el "Tratamiento Dental Inicial".
- d) Facturas acreditativas del pago de las franquicias realizado por el "Tratamiento Dental de Recuperación".
- e) Formulario establecido al efecto por el Asegurador.

La documentación relacionada se enviará mediante correo electrónico a la dirección reembolsodental@asisa.es, o bien mediante correo postal a la dirección: Apartado de correos nº 736 FD/2812696 - 28080 Madrid, o por cualquier otro medio que el Asegurador ponga a disposición del Asegurado.

El Asegurador, una vez que haya recibido la totalidad de la documentación requerida y realizadas las comprobaciones que correspondan, efectuará, si procede, el reembolso de las cantidades determinadas de acuerdo a las condiciones establecidas en esta garantía