ASISA **DENTAL**

Condiciones Generales



ÍNDICE

CLÁUSULA PRELIMINAR 5
DEFINICIONES 5
Primera: Objeto del seguro 10
Segunda: Exclusiones generales del seguro 12
Tercera: Prestación y utilización de los servicios 13
Cuarta: Duración del contrato de seguro 15
Quinta: Condiciones económicas del seguro 16
Sexta: Obligaciones y deberes del tomador/asegurado ... 19
Séptima: Facultades del tomador/asegurado 21
Octava: Facultades de la entidad aseguradora 22
Novena: Pérdida de Derecho, Indisputabilidad del Contrato y Nulidad del mismo 23
Décima: Comunicaciones 24
Decimoprimera: Reclamaciones y prescripción 24
Decimosegunda: Ámbito del seguro 26
Decimotercera: Protección de datos de carácter personal .. 26
Decimocuarta: Exoneración de responsabilidad 33
Anexo I 34
Anexo II 37

CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL

CLÁUSULA 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, Cuestionario de Salud, 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 del Seguro. 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

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente Bucodental: La lesión 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.

Asegurado: Cada una de las personas designadas en las Condiciones Particulares sobre las cuales se establece el seguro.

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

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).**

Contrato de Seguro (Póliza). Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante del mismo: Solicitud de Seguro; Condiciones Generales; Condiciones Particulares, que individualizan y concretan el riesgo que se asegura; Condiciones Especiales (en su caso); Cuadro de Coberturas y Franquicias, así como sus Anexos, Apéndices o Suplementos que se emitan para complementarlo o modificarlo.

Cuadro de Coberturas y Franquicias: Relación de prestaciones y Franquicias aplicables a las mismas incluidas en la cobertura del presente seguro.

Cuadro Médico-Dental: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados para el producto

de seguro dental contratado, organizado por provincias, que la Entidad pone a disposición del asegurado a través de las oficinas de sus Delegaciones, en www.asisa.es y en la App de Asisa.

El contenido de la información relativa a los proveedores sanitarios que figura en el Cuadro Médico-Dental puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y prestación de los servicios, se confirme que el profesional o centro sanitario está concertado para ello por ASISA y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad a través de los diferentes canales de información disponibles.

Tomador y asegurado quedan informados, y asumen, que los profesionales y los centros sanitarios que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia.

Domicilio del Tomador del seguro y del Asegurado: El que figure identificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria.

Fecha de Inicio: Día y hora de entrada en vigor del Contrato de seguro. Se indica en las Condiciones Particulares.

Fin terapéutico inicialmente planificado: A los efectos del presente contrato, se entiende por tal el objetivo médico-dental pretendido con el diagnóstico inicial efectuado al Asegurado que motivó el inicio del "Tratamiento Dental Inicial".

Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico concertados por

ASISA 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 forma parte integrante del contrato.

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

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".

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.

Patologías o situaciones médicas ajenas al tratamiento: A efectos del presente contrato, se entienden como tales, 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".

Periodo de Seguro: Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de inicio del contrato de seguro/alta de un nuevo asegurado y la de su finalización (vencimiento), o el que transcurra entre cada prórroga.

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

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

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.

Siniestro: Hecho previsto en el contrato que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación de proporcionar al Asegurado la asistencia sanitaria o reembolso de gastos con el alcance previsto en el mismo.

Solicitud de Seguro: Documento, según modelo suministrado por la Entidad Aseguradora, en el que el Tomador del Seguro solicita su adhesión al seguro.

Suma Asegurada: En cada una de las garantías indemnizatorias de la póliza, es el importe máximo de indemnización a pagar por el Asegurador al asegurado en caso de siniestro.

Tomador del Seguro (Contratante): La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, 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.

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

Tratamiento Dental de Recuperación: Tratamiento den-

tal al que se haya sometido el Asegurado para recuperar el fin terapéutico inicialmente planificado.

Urgencia: Situación que, por la patología o síntomas, requiere una atención sanitaria sin demora.

CONDICIONES

PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en el presente contrato, y mediante el pago de la correspondiente prima, la Entidad Aseguradora garantiza las siguientes coberturas:

1.- Asistencia dental, a través del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental de la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, una relación de profesionales y centros debidamente autorizados, de los que podrá solicitar los servicios sanitarios odontológicos que este requiera, **de conformidad con las coberturas establecidas en el correspondiente Cuadro de Coberturas y Franquicias.**

Los servicios odontológicos cubiertos por el presente contrato se relacionan en el mencionado Cuadro de Coberturas y Franquicias, en el que se especifica igualmente el importe de la franquicia correspondiente a cada servicio. **Los servicios odontológicos, así como sus importes, podrán ser modificados y/o actualizados anualmente, previa comunicación al tomador por parte de la Entidad.**

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas, en sustitución de las prestaciones cubiertas.

Junto con el Cuadro de Coberturas y Franquicias, la Entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado, a través de los diferentes canales de información disponibles, el Cuadro Médico-Dental, donde figuran los centros permanentes de urgencias, la lista de facultativos y/o los centros asistenciales, correspondiente al tipo de seguro contratado, donde le prestarán los servicios cubiertos por la póliza.

La información relativa a los proveedores sanitarios que figuran en el Cuadro Médico Dental puede sufrir variación, por lo que se recomienda que, antes de la solicitud y prestación del servicio, se confirme que el profesional o clínica dental están concertados por ASISA, y ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad.

2.- Reembolso de gastos médicos odontológicos:

a) Reembolso de gastos odontológicos por Accidente Bucodental.

El alcance de la cobertura y la información necesaria para la tramitación de Siniestros se recoge en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

b) Reembolso de gastos odontológicos por contingencias posteriores a la finalización de determinados tratamientos bucodentales.

El alcance de la cobertura y la información necesaria para la tramitación de Siniestros se recoge en el Anexo II de estas Condiciones Generales.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de seguro, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las presentes condiciones, que en todo caso será prestada a través de los medios concertados por la Entidad Aseguradora, se-

gún el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental.

SEGUNDA: EXCLUSIONES GENERALES DEL SEGURO

Además de las que puedan establecerse con carácter específico en cada caso, quedan excluidas del presente seguro las prestaciones odontológicas en los siguientes casos:

a) Las prestaciones que sean consecuencia de hechos derivados de conflictos armados, hayan ido precedidos o no declaración oficial de guerra, así como las epidemias y pandemias oficialmente declaradas.

b) Las prestaciones que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones nucleares o radioactivas.

c) Las prestaciones que sean consecuencia de hechos de carácter extraordinario o catastrófico, tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.

d) Las prestaciones que sean consecuencia de 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, uso deportivo de vehículos a motor, uso de embarcaciones, boxeo, toreo, etc. Y cualesquiera otra de naturaleza análoga.

e) Las prestaciones o lesiones originadas o producidas por enfermedades mentales, por alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y/o de psicofármacos (salvo que hayan sido prescritos por un médico), estupefacientes o

alucinógenos. Los intentos de suicidio o autolesiones.

f) **Las lesiones originadas o producidas como consecuencia de acciones delictivas del asegurado y/o de su participación en riña, desafío o apuestas.**

g) **Cualquier Prestación o 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/Lista de Facultativos y Servicios Dental concertado por la Entidad Aseguradora.**

h) **Cualquier prestación o servicio dental que requiera anestesia general y/o sea prestado en régimen asistencial distinto al ambulatorio en clínica dental.**

TERCERA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Las Prestaciones cubiertas por el presente contrato, que son las que se indican en el Cuadro de Coberturas y Franquicias, **serán prestadas exclusivamente por los facultativos y clínicas dentales incluidos en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental que la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos o clínicas dentales.**

No existen Períodos de Carencia, por lo que las coberturas pactadas serán facilitadas por la Entidad aseguradora desde la Fecha de Inicio del Contrato de seguro, o de incorporación de un nuevo Asegurado.

La Entidad Aseguradora no se responsabiliza ni se hará cargo del coste de ninguna Prestación realizada

fuera del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental. Se exceptúan las Prestaciones por motivo de Urgencia siempre que queden dentro de la cobertura del presente contrato, de acuerdo con la definición prevista en las Condiciones Generales, que requerirán siempre autorización de la Entidad Aseguradora, dentro del plazo de siete (7) días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

a) A los efectos del presente contrato, se entiende comunicado el Siniestro cuando el Asegurado solicite las prestaciones cubiertas por la misma.

b) El Asegurado, a quien corresponde el ejercicio de los derechos comprendidos en el presente contrato, deberá identificarse al requerir los servicios sanitarios asegurados, exhibiendo la Tarjeta Sanitaria de la Entidad Aseguradora, junto con el D.N.I. o, en su caso, cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducir). La citada Tarjeta Sanitaria es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la misma dará lugar al ejercicio por parte de la Entidad Aseguradora de las acciones legales que correspondan y al derecho de rescisión del contrato de seguro de conformidad con el apartado f) cláusula Sexta.

c) Únicamente se encuentran cubiertas por el presente contrato las prestaciones realizadas de forma ambulatoria en la consulta del profesional o clínica dental, **por lo que queda excluida cualquier asistencia que requiera anestesia general y/o Hospitalización (incluido, Hospital de Día).**

d) En caso de Urgencia, el Asegurado deberá acudir al centro/s de urgencias que la Entidad Aseguradora tenga establecido al efecto. Dicha información estará

a su disposición en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental, web (www.asisa.es) o app y resto de canales de información de la Entidad Aseguradora.

e) De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión corresponderá al Asegurado, de acuerdo con las coberturas del presente contrato.

f) En caso de tratamiento, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental concertado, en base a las coberturas y franquicias vigentes incluidas en el correspondiente Cuadro de Coberturas y Franquicias.

g) En caso de Franquicia aplicable, 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.

h) **Todos los tratamientos requieren prescripción facultativa, tras valoración previa del paciente en consulta, por lo que no serán de cobertura aquellos que no cumplan dicho requisito.**

CUARTA: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de este contrato de seguro y, a su vencimiento o finalización, 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 un plazo de, al menos, un mes de antici-**

pación 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.

La Entidad Aseguradora deberá comunicar al Tomador, al menos dos meses antes de que concluya el período contractual en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento o finalización establecida en las Condiciones Particulares. Por tanto, si el Asegurado se encontrara recibiendo algún tipo de prestación asegurada en el momento del vencimiento o finalización del contrato de seguro, la cobertura asegurada de la Entidad Aseguradora cesará en la citada fecha, sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque sea derivada de un siniestro ocurrido durante la vigencia del seguro, o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del asegurado.

QUINTA: CONDICIONES ECONÓMICAS DEL SEGURO

El tomador o contratante, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima o precio del seguro, según lo previsto en las Condiciones Particulares. Las primas a cuyo pago queda obligado el Tomador son anuales, pudiendo pactarse el pago fraccionado de las mismas. Salvo que en las Condiciones Particulares se especifique otra cosa, el lugar de pago de la prima se corresponderá con la domiciliación bancaria facilitada por el tomador.

Todos los impuestos, recargos y tributos existentes, y los que en lo sucesivo puedan establecerse sobre los contratos de seguro y las primas, son a cargo del Tomador del seguro cuando legamente sean repercutibles.

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

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de la misma, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, reservándose ASISA el derecho a resolver el contrato.

En caso de que la aseguradora no haya resuelto el contrato o reclamado la prima o fracción en el plazo de los seis meses siguientes al impago, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto no retroactivo a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la Prima del Período de Seguro en curso.

El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual, quien perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago del recibo de cualquier fracción siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

El Asegurador y el Tomador sólo quedan obligados por

los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora, ya que la prima es única para el período contractual con independencia de que se admita su fraccionamiento.

La actualización de la prima se efectuará anualmente, de conformidad con lo establecido en el artículo 94.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, que dispone que las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas. Asimismo, la Entidad Aseguradora podrá tomar en consideración en la actualización de la prima la variación de los costes asistenciales, la morbilidad, la incorporación de nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas.

ASISA comunicará por escrito la actualización del importe de la prima y de las franquicias para la siguiente anualidad dos meses antes de la renovación del contrato de seguro.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en la Cláusula CUARTA.

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

FRANQUICIAS: La Entidad Aseguradora podrá actualizar anualmente el Cuadro de Coberturas y Franquicias, previa comunicación al tomador del seguro.

SEXTA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR/ ASEGURADO

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

a) El Tomador del Seguro y, en su caso, los Asegurados deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Entidad Aseguradora tan pronto como sea posible todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ASISA en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para aquéllos. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

   El tomador del seguro y el asegurado también están obligados a notificar a la Entidad Aseguradora el cambio de domicilio y de dirección de correo electrónico identificadas en las Condiciones Particulares, así como el resto de datos facilitados a la Entidad Aseguradora a efectos de comunicaciones, en los ocho (8) días siguientes a producirse dicho cambio. Para mantener el derecho a las prestaciones aseguradas, en su caso, del contrato de seguro, el nuevo domicilio debe encontrarse dentro del ámbito asistencial de la Entidad Aseguradora.

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) Facilitar al Asegurador toda la información que éste precise para ejercer el derecho de subrogación, previsto en el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

e) El Asegurado(s), beneficiario(s) o, en su defecto, las personas debidamente autorizadas para ello por los anteriores, tienen la obligación de facilitar a la Entidad Aseguradora, en aquellos casos que lo requiera expresamente, toda documentación médica, diagnóstica o probatoria, y/o presupuestos relacionados con el siniestro que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial o indemnización requerida es objeto de cobertura por el presente contrato, así como las visitas de inspección que pueda realizar el personal médico. La Entidad Aseguradora no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean

facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación o indemnización, que no procediera asumir, una vez conocida la información y documentación facilitada por el Asegurado.

f) Comunicar a la Entidad Aseguradora la pérdida, sustracción o deterioro de la tarjeta sanitaria a la mayor brevedad posible, para que pueda emitir y enviar una nueva tarjeta sanitaria al domicilio del asegurado identificado en las Condiciones Particulares, anulando la anterior. Igualmente, el tomador o asegurado deberán devolver a la Entidad Aseguradora la tarjeta Sanitaria correspondiente al asegurado cuando su contrato de seguro quede extinguido.

SÉPTIMA: FACULTADES DEL TOMADOR/ASEGURADO

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

b) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin indicación de los motivos y sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los catorce (14) días siguientes a la firma del contrato de seguro o a la recepción por el Tomador del Seguro de las condiciones

contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma del Contrato de seguro, mediante comunicación escrita fehaciente a la Entidad Aseguradora en este sentido, que permita dejar constancia de la notificación.

Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

OCTAVA: FACULTADES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

a) En caso de uso fraudulento de la tarjeta sanitaria con conocimiento o consentimiento por parte del Tomador o Asegurado, ASISA queda facultada para (i) rescindir el contrato de seguro, cualquiera que sea el momento de vigencia del mismo; (ii) para reclamar el coste de las prestaciones o indemnizaciones indebidamente asumidas a su cargo; (iii) y al ejercicio por parte de la Entidad Aseguradora de las acciones legales que correspondan.

b) 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.

c) Si el Tomador del Seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora solo podrá resolver el contrato de seguro cuando la verdadera edad

de aquel, a la Fecha de Inicio del mismo o fecha de incorporación del asegurado, excediere de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora en el momento de contratación. Si no excediera de los citados límites, la Entidad Aseguradora queda facultada para regularizar la diferencia entre el importe abonado por el Tomador del Seguro y el que ésta debería haber abonado en caso de haber declarado la edad correcta del Asegurado en el momento de contratación.

NOVENA: PÉRDIDA DE LOS DERECHOS, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

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).

e) 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).

DÉCIMA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalado en el contrato de seguro. Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que distribuya el contrato de seguro surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro o al Asegurado podrán realizarse por correo postal o electrónico, o por cualquier otro medio de mensajería instantánea facilitado por el tomador del seguro en el momento de realizar la solicitud de seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El tomador del seguro podrá oponerse al envío de comunicaciones electrónicas a través del siguiente buzón: DPO@grupoasisa.com

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

DECIMOPRIMERA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

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 Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y 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 un mes, 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 (5) años (artículo 23 de la Ley de Contrato de seguro).

DECIMOSEGUNDA: ÁMBITO DEL SEGURO

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

DECIMOTERCERA: 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, datos socioeconómicos y datos de salud, proporcionados a través de la solicitud de seguro y del Cuestionario de Salud, así como durante la vigencia del contrato de seguro y mediante el acceso a ficheros existentes en fuentes públicas o privadas siempre que exista un interés legítimo y/o el cumplimiento de una obligación legal.

El tomador del seguro 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, contar con legitimación suficiente para comunicar dichos datos e informar a los interesados de lo contenido en la presente cláusula.

3. Finalidad y Legitimación 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 de este.

ASISA tratará los datos en base a la ejecución del contrato que le vincula con el asegurado para las siguientes finalidades:

• Prestar la asistencia sanitaria y el eventual pago de indemnizaciones según lo dispuesto en el contrato de seguro.

• Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.

ASISA tratará los datos basándose en 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 propios de la Entidad Aseguradora que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en

aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si no desea recibir publicidad por medios electrónicos, el asegurado podrá dirigirse a la dirección electrónica DPO@grupoasisa.com o 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.

• Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.

• Conservar durante los plazos exigidos por la normativa vigente 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.

• 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.

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

• 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.

• Realizar el análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea en el proceso de la solicitud del seguro o durante la vigencia del contrato de seguro en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.

• 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.

• Conservar durante los plazos exigidos por la normativa vigente los datos personales del asegurado de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.

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

• Enviarle ofertas personalizadas de productos y/o servicios de las empresas del Grupo ASISA y/o Colaboradoras. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.grupoasisa.com/ .

• Compartir sus datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que éstas le 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.grupoasisa.com/ .

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

4. 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 y Fondos de Pensiones, 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.

• Médicos, centros médicos, hospitales y otras institucio-

nes o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en el Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios elaborada por ASISA que se puede consultar en su sitio web www.asisa.es .

• 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 el 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 le 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.grupoasisa.com/ .

Asimismo, los datos podrán ser comunicados a Entidades, Organismos o instituciones que acrediten un interés legítimo o el cumplimiento de una obligación legal.

• En caso de realizarse transferencias internacionales de datos fuera del Espacio Económico Europeo, ASISA garantiza que se adoptarán las medidas adecuadas para proteger sus datos conforme a la normativa vigente, aplicando las garantías adecuadas según el RGPD.

5. Tiempo de conservación de los datos personales

Los datos personales se mantendrán durante la vigencia del contrato y, posteriormente, siempre que el Asegurado

no haya ejercitado su derecho de supresión, siendo conservados teniendo en cuenta los plazos legales que resulten de aplicación en cada caso concreto, de acuerdo con la tipología de los datos, así como con la finalidad del tratamiento.

Una vez finalizado el mencionado plazo, ASISA se compromete a cesar en el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resulte necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA.

Dichos plazos podrán ser consultados en la Política de Conservación de Datos de ASISA incorporada en la página web www.asisa.es , así como en aquellos otros lugares visibles para el titular de los datos.

6. 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.

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, en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas. 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 (2) 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.

DECIMOCUARTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados de acuerdo con la normativa vigente, que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, en virtud del derecho de libertad de elección de médico y centro, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria, por lo que en consecuencia**, la Entidad no responderá en ningún caso de forma directa, solidaria o subsidiariamente, en relación con los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados en el ejercicio de su actividad profesional, sobre la que no ejerce ningún control, al encontrarse la misma sujeta al secreto profesional y teniendo en cuenta la confidencialidad de la información de salud.**

ANEXO I

REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE BUCODENTAL

En caso de que el Asegurado sufra un daño en la Cavidad Bucodental con ocasión de un Accidente Bucodental ocurrido con posterioridad a la Fecha de Inicio de vigencia del presente contrato o del alta del Asegurado en el mismo, la Entidad Aseguradora se obliga a reembolsar al Asegurado el importe de las Franquicias correspondientes a la asistencia dental que dentro de las coberturas del presente contrato precise el Asegurado, **con el límite máximo de seis mil euros (6.000€) por Siniestro y anualidad del seguro.**

El reembolso de gastos odontológicos se limitará a los gastos abonados previamente por el Asegurado en relación con la asistencia prestada por los profesionales/centros pertenecientes al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental concertado por la Entidad Aseguradora, 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 presten mientras el asegurado se encuentre de alta y el contrato en vigor y que tengan su origen en Accidentes Bucodentales ocurridos igualmente mientras el asegurado se encuentre de alta y/o durante la vigencia del contrato.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ACCIDENTE BUCODENTAL:

Además de las exclusiones señaladas en la cláusula

Segunda, queda excluido expresamente de la presente cobertura el reembolso de gastos por Accidente Bucodental 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 Bucodental.

c) Los Accidentes que sean fruto de ceguera, sordera u otro defecto físico del Asegurado.

d) Los Accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico colegiado mediante informe debidamente suscrito.

e) Los ocurridos en competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional, sus entrenamientos y ensayos preparatorios.

f) Los Accidentes ocurridos por el uso de embarcaciones a vela o a motor a más de dos millas de la costa, por el uso de motocicletas y por el uso de avionetas de propiedad particular.

g) Los Accidentes ocurridos por la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

h) Los Accidentes 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

En caso de reembolso de gastos, el Asegurado o, en su caso, persona debidamente autorizada al efecto, y sin perjuicio de lo establecido en el apartado e) de la cláusula Sexta, deberá presentar a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

a) Informe médico completo emitido por el profesional/centro perteneciente al Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental debidamente firmado, 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 abonados 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 n.º 736 FD/2812696 - 28080 Madrid, o por cualquier otro medio que la Entidad Aseguradora ponga a disposición del Asegurado.

La Entidad Aseguradora, 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 con las condiciones establecidas en esta cobertura.

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, la Entidad Aseguradora 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 anualidad del seguro).

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 Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental de la Entidad Aseguradora.

A los efectos de esta cobertura, tienen la consideración de Tratamiento Dental Inicial, los siguientes tratamientos dentales de:

1. Rehabilitación estomatognática mediante prótesis fija dentosoportada.

2. Implantología.
3. Ortodoncia.

Únicamente será objeto de cobertura el Tratamiento Dental de Recuperación que haya sido iniciado y finalizado dentro del plazo de cinco (5) años desde la fecha de emisión del Informe de Alta del Tratamiento Dental Inicial.

Para tener derecho a esta cobertura es necesario que el asegurado se encuentre de alta y el contrato haya estado en vigor desde el inicio del Tratamiento Dental Inicial hasta la finalización del Tratamiento Dental de Recuperación.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO POR CONTINGENCIAS POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DE DETERMINADOS TRATAMIENTOS BUCODENTALES

Además de las exclusiones señaladas en la Cláusula Segunda de las presentes Condiciones Generales, queda excluido expresamente el reembolso de gastos en los siguientes casos:

a) Los derivados de Accidentes Bucodentales.

b) Los derivados de tratamientos dentales que no hayan finalizado con un Informe de Alta.

c) Los derivados de cualquier acto médico-dental cubierto por el presente contrato si el Asegurado no ha cumplido con lo previsto en el Informe de Alta en lo relativo a las revisiones a efectuar, higiene, cuidados, etc.

d) Los derivados de cualquier acto médico-dental, incluido en la cobertura del presente contrato, ne-

cesario para la reparación del daño como consecuencia de una situación sobrevenida cubierta si el Asegurado no presenta la factura a la Entidad Aseguradora acreditativa de haber pagado el tratamiento.

e) Los derivados de la repetición de un tratamiento dental por alegación de daño exclusivamente estético.

TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES

En caso de siniestro, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado e) de la cláusula Sexta, el Asegurado deberá presentar a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

a) Copia del Informe de Alta del Tratamiento Dental Inicial debidamente suscrito por el facultativo competente, 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 debidamente suscrito por el facultativo competente del Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios Dental, 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 la Entidad Aseguradora.

La documentación relacionada se enviará mediante co-

rreo electrónico a la dirección reembolsodental@asisa.es, o bien mediante correo postal a la dirección: Apartado de correos n.º 736 FD/2812696 - 28080 Madrid, o por cualquier otro medio que la Entidad Aseguradora ponga a disposición del Asegurado.

La Entidad Aseguradora, 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 con las condiciones establecidas en esta cobertura.

CONTRATO DE SEGURO ASISA DENTAL

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

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

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

Firmado: ..... Nº Póliza: .....

CONTRATO DE SEGURO ASISA DENTAL

PACTO ADICIONAL: Aceptación de cláusulas limitativas

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

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

Firmado: ..... Nº Póliza: .....

RECORTE POR LA LÍNEA DE PUNTOS Y
DEVUÉLVALO FIRMADO



900 10 10 21

asisa.es