Condiciones Generales
Asisa Dental



ÍNDICE

CLÁUSULA PRELIMINAR 5

DEFINICIONES 5

Primera: Objeto del seguro 7

Segunda: Descripción de las prestaciones aseguradas 8

Tercera: Riesgos excluidos 8

Cuarta: Prestación y utilización de los servicios 9

Quinta: Duración del contrato de seguro 10

Sexta: Pago y actualización de las primas 10

Séptima: Obligaciones y deberes del tomador/asegurado 11

Octava: Facultades del tomador/asegurado 12

Novena: Facultades de la entidad aseguradora 13

Décima: Nulidad del contrato 13

Decimoprimera: Pérdida de los derechos 13

Decimosegunda: Comunicaciones 13

Decimotercera: Reclamaciones y prescripción 14

Decimocuarta: Ámbito del seguro 14

Decimoquinta: Protección de datos de carácter personal 14

Decimosexta: Exoneración de responsabilidad 18

Anexo I 19

Anexo II 21

CONDICIONES GENERALES ASISA DENTAL FAMILIAR

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 que pueda resultar de aplicación.

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

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

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

1.- Accidente Buco-Dental: 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.

2.- Asegurado: Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro.

3.- 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.

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.- 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.

6.- Cuadro Médico-Dental: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados publicada por la Entidad en cada provincia, según el tipo de producto contratado, con su dirección, teléfono y horario, disponible en las delegaciones de la Entidad, en www.asisa.es y en la App de Asisa. **El tomador y los asegurados quedan informados, y asumen, que los profesionales y los centros 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.**

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

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

8.- 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.

9.- 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".

10.- 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.

11.- 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".

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

13.- 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.

14.- 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".

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

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

17.- 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.

18.- 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.

19.- 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.

20.- 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.

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

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

23.- Urgencia: Aplicado a la asistencia sanitaria, es toda aquella atención cuya inmediatez sea imprescindible para evitar consecuencias graves o muy graves para el asegurado.

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 garantías:

1.- Asistencia dental, a través del Cuadro Médico-Dental de la Entidad.

La Entidad 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 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.

2.- Asimismo se incluyen las siguientes garantías de reembolso de gastos médicos dentales:

a) Reembolso de gastos por Accidente en la cavidad bucodental

b) Reembolso de gastos por contingencias posteriores a la finalización de determina dos 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, mientras dure la misma, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del contrato.

SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

a) Asistencia sanitaria dental, a través del Cuadro Medico Dental de la Entidad:

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, previa comunicación al tomador por parte de la Entidad.

Junto con el Cuadro de coberturas y franquicias, la Entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado el CUADRO MÉDICO-DENTAL correspondiente al tipo de seguro contratado, 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.

b) Reembolso de gastos odontológicos:

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 del asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, toreo, etc. y cualesquiera otra de naturaleza análoga.

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.

CUARTA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Las prestaciones cubiertas por el seguro, 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-Dental correspondiente al tipo de seguro contratado, que la 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.

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, de acuerdo con la definición prevista en las presentes Condiciones Generales, que requerirán siempre autorización de la Entidad, dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

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

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 ASISA correspondiente a dicho seguro, junto con el D.N.I., en su caso, o cualquier otro documento que permita su identificación (pasaporte o permiso de conducción). La citada tarjeta es personal e intransferible, por lo que el uso indebido o fraudulento de la tarjeta sanitaria dará lugar al ejercicio por parte de ASISA de las acciones legales que correspondan.

C) Únicamente son de cobertura las prestaciones de este seguro 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).**

En caso de urgencia, el asegurado deberá acudir al centro/s de urgencia que la Entidad. Dicha información estará a su disposición en el Cuadro Médico, web (www.asisa.es) o app y canales de información de la Entidad aseguradora.

No existen períodos de carencia, por lo que las coberturas pactadas serán facilitadas por la Entidad, desde la fecha de efecto del contrato.

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

E) En caso de tratamientos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Médico-Dental **concertado**, en base a las coberturas y franquicias vigentes incluida en el correspondiente Cuadro.

F) 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: 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 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 dos meses antes de que concluya el período contractual en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

SEXTA: PAGO Y ACTUALIZACIÓN DE LAS PRIMAS

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.

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.

SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR/ASEGURADO

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

a) Notificar al Asegurador, el cambio de dirección postal y electrónica identificadas en el contrato, tanto del tomador como del asegurado, así como el resto de datos facilitados a la Entidad a efectos de comunicaciones en los ocho días siguientes a producirse. Para mantener el derecho a la asistencia, 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 los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

e) El Tomador y Asegurado tienen la obligación de facilitar a Asisa, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y/o presupuestos que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por el presente contrato. Asisa no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientas no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado. 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.

f) 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 el contrato, anulando la anterior. Igualmente, el Tomador o Asegurado deberán devolver a ASISA la tarjeta correspondiente al asegurado cuando su contrato quede extinguido.

OCTAVA: FACULTADES DEL TOMADOR/ASEGURADO

a) 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 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.

b) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, 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.

c) 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.

NOVENA: FACULTADES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

En caso de uso fraudulento de la tarjeta sanitaria con conocimiento o consentimiento por parte del Tomador o Asegurado, ASISA queda facultada para rescindir el contrato, cualquiera que sea el momento de vigencia del mismo, y a reclamar el coste de las prestaciones indebidamente asumidas a su cargo.

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).

DECIMOPRIMERA: 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).

DECIMOSEGUNDA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora, por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la Póliza. Si se realizan al agente de seguros que hubiera intervenido en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

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 en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador podrá oponerse al envío de comunicaciones electrónicas a través del siguiente buzón: DPO@grupoasisa.com

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, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº. 12, 28027 MADRID, sac@asisa.es, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa aplicable, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, para lo cual tienen a su disposición, un modelo de reclamación, en las oficinas de la Entidad Aseguradora y en la página web de la Entidad (www.asisa.es). 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).

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 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

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 CIF 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, así como durante la vigencia del

contrato y mediante el acceso a ficheros existentes en fuentes públicas o privadas siempre que exista un interés legítimo y/o cumplimiento de una obligación legal.

El Tomador se compromete a garantizar que toda la información facilitada incluida la relativa a los asegurados es cierta y no ha omitido dato alguno. Asimismo, en caso de proporcionar datos relativos a otra persona física deberá, con carácter previo a su inclusión, obtener los correspondientes consentimientos e informarle de los extremos contenidos en la presente cláusula.

3. Finalidad del tratamiento de los datos personales.

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

Adicionalmente, ASISA está amparada por el interés legítimo para:

- 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.
- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos y/o servicios propios de la entidad 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 postal DPO@grupoasisa.com.
- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de impago de primas y de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA.
- En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito.

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

- 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 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.

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

- Enviarle ofertas personalizadas de productos y servicios de las empresas del Grupo ASISA y Colaboradoras. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web www.asisa.es
- Compartir sus datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web www.asisa.es

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

4. Legitimación para el tratamiento de los datos personales.

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

- En la ejecución del contrato para la prestación de asistencia sanitaria al asegurado por parte de ASISA, en base a lo dispuesto en el contrato de seguro que le vincula con dicho asegurado.
- En el cumplimiento de obligaciones legales para cumplir con lo dispuesto en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.
- En el interés legítimo para enviarte ofertas y promociones personalizadas, así como para prevenir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA respecto a clientes y exclientes y con fines administrativos internos.
- En su consentimiento para comunicar datos a otras empresas de las que recibirás ofertas y promociones personalizadas y para poder ofrecerle publicidad de productos y servicios de terceras empresas.

5. Destinatarios de los datos personales.

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

- Dirección General de Seguros, Organismos y Administraciones Públicas.
- Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en la presente Póliza.
- Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA que 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 su fichero común de prevención del fraude.
- Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.

- En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA compartirá su información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas le puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web www.asisa.es

6. 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.

7. Derechos en relación al tratamiento de los datos personales.

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

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

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

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

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

- Escrito dirigido a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.
- Mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico DPO@grupoasisa.com

En ambos supuestos, se exigirá acreditar la identidad de la persona que ejerce sus

derechos mediante el envío de copia de su DNI, NIE, Pasaporte o documento equivalente, por las dos caras.

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

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

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

DECIMOSEXTA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales y centros dentales 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 asistencia sanitaria odontológica, 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.**

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 Médico Dental concertado por ASISA, 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:

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.

TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

En caso de 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 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 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 los efectos de esta garantía, **tienen 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:

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

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.

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

APA0027 M-01-21

asisa

Asisa **Contrata**
900 10 10 21

asisa.es