

Adeslas

Dental Familia

Seguro de asistencia
sanitaria dental.

| **condiciones generales** |

Adeslas

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Índice

CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales)	3
1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de Primas.	3
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	4
5. Documentación a facilitar por el Asegurador.	4
6. Duración del Seguro.	5
7. Pérdida de derechos, rescisión del contrato.	5
8. Tratamiento de datos de carácter personal.	5
9. Estado y autoridad de control del asegurador.	6
10. Instancias de reclamación.	6
11. Comunicaciones y jurisdicción.	7
12. Prescripción.	7
13. Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza.	7
CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (condiciones generales)	8
1. Definiciones.	8
2. Cartera de servicios con cobertura.	8
3. Exclusiones.	9
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios.	9
5. Periodos de carencia.	10
RESUMEN DE PRODUCTO	11

1) Cláusula preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.
2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

2) Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de aquella asistencia que requiera en cualquier proceso de etiología dental de acuerdo con la descripción de la cobertura.

En el presente Seguro no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria dental.

3) Pago de Primas

- 3.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
- 3.2. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, La Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
- 3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si La Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

3.4. El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

3.5. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

3.6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.

3.7. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

4) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

4.1. El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Declarar a La Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

b) Comunicar a La Aseguradora, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de estado de salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por La Aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

c) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

d) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a La Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

f) Otorgar y facilitar la subrogación que a favor de La Aseguradora establece el artículo 82 de la Ley.

4.2. El Tomador del Seguro podrá reclamar a La Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5) Documentación a facilitar por el Asegurador

Además de facilitar el acceso a la asistencia garantizada por la Póliza, La Aseguradora entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o

el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente entregará al Tomador el documento identificativo del Asegurado o Asegurados y el Cuadro Dental, con especificación del centro o centros de urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos, clínicas y otros establecimientos sanitarios.

El Cuadro Dental podrá ser actualizado por La Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran.

Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de La Aseguradora la entrega del Cuadro Dental actualizado.

6) Duración del Seguro

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a La Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

7) Pérdida de derechos, rescisión del contrato

El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican a La Aseguradora y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).
- c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).
- d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).

8) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados que figuran en la presente Póliza, o cualquier dato adicional, incluidos los de salud, que se generen durante la vigencia de la misma, requieren ser tratados en los ficheros de la entidad aseguradora con el fin de contratar y gestionar el contrato de Seguro, así como para prestar los servicios relacionados con el mismo.

El Tomador/Asegurado autoriza que estos datos puedan ser conservados en los ficheros de la entidad aseguradora con fines estadísticos y de prevención del fraude, aún en el caso de que la Póliza no llegue a perfeccionarse o se extinga por cualquier otra causa.

También autoriza a que la entidad aseguradora pueda comunicar a entidades aseguradoras o de reaseguro los datos del Tomador del Seguro y de los asegurados, indicados en el primer párrafo de esta cláusula, con fines de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera y de los riesgos asegurados en la presente Póliza, así como que estos datos puedan ser comunicados entre la compañía aseguradora y los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales autorizando para ello a dicha entidad a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del Asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Cuando el Tomador y el Asegurado sean personas distintas, el Tomador se obliga a informar al Asegurado o asegurados de las finalidades del tratamiento de datos antes indicada, a realizar por el asegurador, y que pueden ejercitar ante éste los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición reconocidos en la legislación sobre protección de datos.

El Tomador del Seguro y el Asegurado podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, o en su caso en el domicilio de las entidades cesionarias.

9) Estado y autoridad de control del asegurador

El control de la actividad del asegurador corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10) Instancias de reclamación

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11) Comunicaciones y jurisdicción

11.1. Las comunicaciones a La Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de La Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12) Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza

La Aseguradora podrá actualizar anualmente el importe de la Prima y de las Franquicias. Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el Seguro, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

1) Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Anexo de Coberturas: Documento complementario e integrado en el de Condiciones Generales, en el cual se describen los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la Póliza.

Asegurado: La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro.

Asegurador: SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante La Aseguradora) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Dental: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por La Aseguradora correspondientes a la provincia de contratación de la Póliza, con su dirección, teléfono y horario. En tal relación se diferencian los profesionales y/o clínicas dentales en función del tipo de franquicia (Dental u Óptima) que aplican al Asegurado por cada servicio odontológico que se le preste, asimismo, se especifican en él, el centro o centros permanentes de urgencia.

Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por cada tipo o clase de servicio odontológico que, incluido en la cobertura del Seguro, se le preste al Asegurado. Dicho importe es diferente en función del profesional y/o clínica dental utilizada y de la modalidad de franquicia (Dental u Óptima) aplicada por cada uno de ellos. Su cuantía, que viene determinada en el Anexo de Coberturas integrado en las Condiciones Generales puede ser actualizada anualmente.

Póliza: El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza, estas Condiciones Generales, el Anexo de Coberturas, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Anexos que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prima: El precio del Seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Tomador del Seguro: Es la persona física o jurídica que juntamente con La Aseguradora suscribe este contrato, y con ello acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que La Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el propio Asegurado.

2) Cartera de servicios con cobertura

Las actuaciones sanitarias cubiertas por la Póliza se relacionan en el Anexo de Coberturas que se incorpora a estas Condiciones Generales y que forma parte integrante e inseparable

de ellas. En dicho Anexo se especifican asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto a cargo del Asegurado que variarán en función del profesional o establecimiento sanitario utilizado conforme a la relación editada en el Cuadro Dental.

3) Exclusiones

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

A) LOS DAÑOS FÍSICOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE GUERRAS, MOTINES, REVOLUCIONES Y TERRORISMO; LOS CAUSADOS POR EPIDEMIAS DECLARADAS OFICIALMENTE; LOS QUE GUARDEN RELACIÓN DIRECTA O INDIRECTA CON RADIACIÓN O REACCIÓN NUCLEAR Y LOS QUE PROVENGAN DE CATACLISMOS (TERREMOTOS, INUNDACIONES Y OTROS FENÓMENOS SÍSMICOS O METEOROLÓGICOS).

B) LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS A CAUSA DE EMBRIAGUEZ, RIÑAS (SALVO EN CASO DE LEGÍTIMA DEFENSA) Y AUTOLESIONES.

C) EN GENERAL, CUALESQUIERA OTROS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS NO INCLUIDOS EXPRESAMENTE EL ANEXO DE COBERTURAS.

4) Forma de obtener la cobertura de los servicios

4.1. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia.

4.2. Al requerir la prestación de asistencia, el Asegurado debe exhibir el documento identificativo que La Aseguradora le entregará al efecto, y el último recibo de Prima.

4.3. La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro será prestada por los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos en el Cuadro Dental de La Aseguradora de la provincia de contratación de la Póliza, que la Compañía entregará al Asegurado con especificación del tipo de Franquicia correspondiente al centro, centro o centros permanentes de urgencia, y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos.

Cuando el Asegurado se desplace a una provincia distinta a la de contratación de la Póliza, podrá recibir la asistencia cubierta en los centros que se establecen en el Cuadro Dental y conforme a las Franquicias correspondientes al centro elegido.

LA ASEGURADORA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO DENTAL, NI DEL IMPORTE DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.

4.4. Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el Seguro se realizarán de forma ambulatoria, QUEDANDO POR ELLO EXCLUIDAS LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ANESTESIA GENERAL.

4.5. En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.

4.6. En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro de La Aseguradora. El Asegurado abona-

rá directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Coberturas.

Desde que sean implantadas, las prótesis tendrán un plazo de dos años de garantía contra el desgaste o deterioro que sufran, siempre que sean utilizadas correctamente.

4.7. Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudir al centro de urgencia que La Aseguradora tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el Cuadro Dental que entrega al Asegurado.

5) Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La Aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.

SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES EN CUYO COSTE SE ESTABLECE UNA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO (FRANQUICIA), QUE TENDRÁN UN PERIODO DE CARENCIA DE TRES MESES.

RESUMEN DE PRODUCTO

COBERTURAS

- Urgencias dentales
- Pruebas diagnósticas
- Limpiezas de boca
- Obturaciones
- Endodoncias
- Ortodoncias
- Implantes
- Y otros

El Tomador

El Asegurador



Nº PÓLIZA

atención 24 h

902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas

S.RE.538/01

*SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A28011864
y con domicilio social en calle de Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España), inscrita en el R.M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492.*