
Indice

Condiciones Generales

Página

Definiciones comunes	3
Artículo 1°. La documentación de la póliza	3
Artículo 2°. Legislación aplicable	3
Artículo 3°. Objeto del seguro	3
Artículo 4°. Límites geográficos	4
Artículo 5°. Delimitación y alcance de las coberturas del seguro	4
Artículo 6°. Exclusiones generales	4
Artículo 7°. Toma de efecto de los servicios contratados	4
Artículo 8°. Forma de prestar la asistencia sanitaria odontológica	4
Artículo 9°. Pago de primas	4
Artículo 10°. Otras obligaciones, facultades y deberes del tomador del seguro o del asegurado	5
Artículo 11°. Otras obligaciones del asegurador	5
Artículo 12°. Duración del seguro	6
Artículo 13°. Bases, pérdida de derechos y rescisión del contrato	6
Artículo 14°. Comunicación de un siniestro	6
Artículo 15°. Comunicaciones	6
Artículo 16°. Impuestos y recargos	6
Artículo 17°. Actualización de primas y Franquicias	6
Artículo 18°. Prescripción	7
Artículo 19°. Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación	7
Artículo 20°. Confidencialidad	7

Condiciones Generales

Definiciones comunes

A los efectos de esta póliza se entiende por:

Asegurado: La persona titular del interés objeto de seguro, a quien corresponden en su caso los derechos derivados de la Póliza y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas de la Póliza.

Asegurador: La Entidad AXA WINTERTHUR SALUD, S.A. DE SEGUROS, asume los riesgos derivados de esta Póliza a cambio del cobro de las primas. Se denominará en lo sucesivo Asegurador y se encuentra sometido al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía de España.

Cuadro odontológico: Relación de facultativos señalados en cada momento por el Asegurador y que prestan los servicios odontológicos que constituyen el objeto del seguro.

Franquicia: Cantidad expresamente pactada en las Condiciones Particulares de la Póliza y, que se deducirá del importe que corresponda satisfacer por el Asegurador en cada siniestro.

Póliza: El conjunto formado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que identifican el riesgo y las modificaciones que se produzcan durante su vigencia.

Prestación: Es la asistencia sanitaria odontológica que se deriva del tratamiento de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud dental de una persona.

Prima: El precio del seguro, incluidos los recargos, tasas e impuestos legalmente repercutibles.

Prótesis: Todo elemento que tiene por objeto reemplazar temporal o permanentemente la falta de un órgano o parte, y es de naturaleza artificial (total o parcial).

Siniestro: Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las coberturas de la póliza.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que conjuntamente con el Asegurador suscribe esta póliza y a la que corresponden las obligaciones que se deriven de la misma, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Artículo 1º. La documentación de la póliza

La póliza de seguro está constituida por:

- Las presentes Condiciones Generales. En ellas encontrará detalladas las garantías de la póliza, destacando aquello que no se garantiza.
- Las Condiciones Particulares que definen el riesgo concreto, en función de la información facilitada por el Tomador del seguro en el documento Cuestionario-Solicitud, y en la que figuran las garantías, y resto de condiciones suscritas.
- Los Suplementos y Actualizaciones que durante la vida de la póliza puedan emitirse por modificaciones posteriores del riesgo.
- El Cuadro odontológico.

Artículo 2º. Legislación aplicable

- La Ley de Contrato de Seguro 50/80, de 8 de Octubre.
- Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley Orgánica 15/99, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Cualquier otra norma que durante la vida de esta Póliza pueda ser aplicable.

Art. 3º. Objeto del seguro

El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria odontológica en régimen ambulatorio y demás servicios pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio del Cuadro odontológico del Asegurador.

El Asegurador no concederá indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria odontológica.

Art. 4º. Límites geográficos

Las coberturas de la presente póliza son válidas en España exclusivamente.

Art. 5º. Delimitación y alcance de la cobertura del seguro

El Asegurador toma a su cargo el aseguramiento de la cobertura de Servicios Odontológicos en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Todos los tratamientos cubiertos por la Póliza se realizarán ambulatoriamente, **quedando excluidos por consiguiente los gastos de hospitalización y anestesia general.**

Art. 6º. Exclusiones generales

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

- 1. La asistencia sanitaria odontológica prestada por profesionales o en centros distintos a los que se relacionan en el Cuadro odontológico.**
- 2. Las composturas y piezas a añadir a las prótesis colocadas en la boca del Asegurado antes de concertar la presente Póliza.**

Art. 7º. Toma de efecto de los servicios contratados

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas a partir de las 24 horas del día en que se haya perfeccionado el contrato, mediante la firma de la póliza por las partes contratantes y haya sido satisfecho el primer recibo de la prima.

Art. 8º. Forma de prestar la Asistencia Sanitaria Odontológica

La asistencia sanitaria odontológica se prestará, de conformidad con lo dispuesto en la Póliza, en todas las poblaciones donde el Asegurador cuente con Cuadros odontológicos concertados y de acuerdo a ellos. No obstante, para una correcta utilización de los servicios asistenciales se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Orientación asistencial.

El Asegurador dispone de un servicio de Orientación Asistencial cuya finalidad es facilitar al Asegurado el acceso a los distintos servicios asistenciales, informando del procedimiento a seguir. El Asegurado podrá acceder a este servicio por vía telefónica llamando al teléfono que figura en las Condiciones Particulares y en el Cuadro odontológico.

Elección de un facultativo o centro odontológico.

El Asegurado podrá elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los profesionales incluidos en el Cuadro odontológico.

Solicitud de la asistencia sanitaria odontológica.

El Asegurado concertará cita directamente y vía telefónica, con el profesional o centro elegido. Se identificará como Asegurado **de AXA** mediante su número de D.N.I.

Prestación de la asistencia sanitaria odontológica.

Todos los tratamientos y actuaciones cubiertas por la Póliza se realizarán de forma ambulatoria.

El profesional o centro odontológico realizará un presupuesto conforme a la participación del Asegurado en el coste de los servicios aplicables para su caso. El Asegurado abonará directamente al profesional o centro odontológico el importe de su participación en los servicios, en concepto de franquicia, sin requerir autorización previa por el Asegurador.

Documentos identificativos

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá hallarse al corriente en el pago de la prima y exhibir su D.N.I.

Para el caso de que se solicite la asistencia sanitaria odontológica para menores de 10 años, estos requisitos se exigirán para uno de sus progenitores.

Art. 9º. Pago de primas

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima.

La primera prima será exigible una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el

Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago 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.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo y, si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, 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 a las 24 horas siguientes al 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 período en curso.

El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. Los recibos de prima de este seguro serán emitidos por él mismo.

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro.

Si se pacta la domiciliación de los recibos de prima, en ampliación de lo señalado, se establece lo siguiente:

- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez días. Transcurrido dicho plazo se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de prima.

Art. 10°. Otras obligaciones, facultades y deberes del Tomador del seguro o Asegurado

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado tienen las siguientes obligaciones:

- El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete Cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.
- Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habrían celebrado o lo habrían concluido en condiciones más gravosas.
- Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, adaptándose la prima a la nueva situación.
- Cuando no se hubiera incluido inicialmente a un Asegurado en el contrato, el Tomador podrá incorporar al mismo mediante la correspondiente declaración.
- 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 al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- Facilitar la subrogación a favor del Asegurador.
- El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y el Cuestionario-Solicitud o las cláusulas acordadas.

Art. 11.° Otras obligaciones del Asegurador

Además de prestar la asistencia sanitaria odontológica contratada, el Asegurador entregará al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como una copia del Cuestionario-Solicitud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente entregará al Tomador un ejemplar del Cuadro odontológico con especificación de las direcciones y números de teléfono de las consultas de los facultativos.

Art. 12°. Duración del seguro

El seguro se estipula por años prorrogables, siendo su primer vencimiento anual el 31 de Diciembre del año de contratación, independientemente de la fecha de efecto. Por consiguiente, el primer año se abona la parte

proporcional de la prima anual que corresponde al período de tiempo anteriormente citado. Las renovaciones posteriores se producirán automáticamente el 1 de Enero de cada año, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte y con una antelación no inferior a dos meses a la conclusión del seguro en curso.

La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza o desde la fecha de la baja de cualquiera de los Asegurados.

Art. 13°. Bases, pérdida de derechos y rescisión del contrato

El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y el Asegurado en el Cuestionario-Solicitud.

Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- Si al cumplimentar el Cuestionario el Tomador del seguro o Asegurado ha sido inexacto o ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo. El Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión.
- En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado de mala fe.
- Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de primas y las que realmente le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Art. 14°. Comunicación de un siniestro

A efectos de este seguro se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia.

Art. 15°. Comunicaciones

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al Agente de Seguros que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el mismo Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Art. 16°. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente aplicables que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o Asegurado.

Art. 17°. Actualización de primas y franquicias

El Asegurador podrá actualizar anualmente las primas y franquicias en aplicación de lo dispuesto en la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y demás normas aplicables. Dicha actualización se fundamentará en la documentación técnica actuarial necesaria para determinar la incidencia en la prima de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el seguro, la incorporación a las coberturas garantizadas de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

El importe de la prima y de las franquicias se modificará en cada período de prórroga, si ésta tiene lugar (expresa o tácitamente), en la misma proporción en que se modifiquen los valores de los factores en que se fundamenta, según la influencia de cada uno de ellos.

Art. 18°. Prescripción

Las acciones que deriven de contrato prescribirán a los cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

Art. 19°. Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación

El tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas de AXA, Camino Fuente de la Mora, 1 (28050Madrid), quien acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas haya resuelto, o bien, una vez que haya sido denegada expresamente por el mismo la admisión de reclamación o, desestimada la petición, podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, conforme a lo previsto en la Legislación vigente.

- b) Por Resolución Arbitral, en los términos del Artículo 31, de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o en los términos de la Ley de Arbitraje (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c) Por los Jueces y Tribunales competentes, siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

Art. 20°. Confidencialidad

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA Winterthur salud, s.a. de seguros, y el tratamiento de los mismos para la contratación del seguro**. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión, desarrollo y cumplimiento de la relación contractual. **Si el usuario/cliente no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la contratación no podrá llevarse a cabo**. Sus datos serán tratados de forma confidencial tanto por AXA Winterthur salud, s.a. de seguros, como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza.

El Tomador/Asegurado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing- CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51.

Conforme al artículo 25 del RD Legislativo 6/2004 se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro **serán cedidos** a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

«EL TOMADOR DECLARA HABER LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LA PRESENTE POLIZA, ACEPTANDOLAS EXPRESAMENTE».

EL TOMADOR

AXA WINTERTHUR SALUD, S.A. DE SEGUROS

