

Seguro Dental Fiatc

Condiciones Generales



ÍNDICE GENERAL DE LA PÓLIZA DENTAL FIATC

| | Artículo | Página |
|---|----------|--------|
| Marco jurídico regulador..... | 1.º | 1 |
| Objeto del seguro..... | 2.º | 1 |
| Servicios de urgencia..... | 3.º | 1 |
| Riesgos excluidos..... | 4.º | 1 |
| Libro de Reclamaciones..... | 5.º | 2 |
| Período de carencia..... | 6.º | 2 |
| Tarjeta Dental Individual Personalizada..... | 7.º | 2 |
| Duración del contrato..... | 8.º | 2 |
| Pago de Primas..... | 9.º | 2 |
| Domiciliación bancaria..... | 10.º | 3 |
| Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado..... | 11.º | 3 |
| Descripción de la cobertura..... | 12.º | 4 |
| Forma de prestar los servicios..... | 13.º | 4 |
| Otras obligaciones, deberes y facultades del Asegurador..... | 14.º | 5 |
| Pérdida de derechos..... | 15.º | 5 |
| Indisputabilidad del contrato..... | 16.º | 6 |
| Comunicación y Jurisdicción..... | 17.º | 6 |
| Instancias de reclamación en caso de litigio..... | 18.º | 6 |

PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE ESTE SEGURO, ES PRECISO CONCERTAR VISITA PREVIAMENTE CON EL PROFESIONAL ASIGNADO.



Diagonal, 648 - 08017 Barcelona
Tel. 932 052 213 - Fax 932 052 767

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. MARCO JURÍDICO REGULADOR

El presente contrato se rige, en concreto, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y por lo que se estipule en las Condiciones Generales y Particulares del mismo, así como, con carácter general por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes de este contrato.

FIATC, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, tiene señalada su sede social en España correspondiéndole el control de su actividad a la Dirección General de Seguros.

ARTÍCULO 2. OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponde, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en las enfermedades o lesiones de carácter estomatológico cuya descripción figura en el Artículo 12.

En todo caso, según dispone el Artículo 103 de la Ley de Contrato, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

ARTÍCULO 3. SERVICIOS DE URGENCIA

Para requerir cualquier servicio de urgencia Dental, deberá acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente que tenga establecido la Entidad Aseguradora, y cuya dirección figura en la Tarjeta Dental FIATC.

ARTÍCULO 4. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura del presente seguro:

- Los actos de cirugía Máxilo-Facial, y en general aquellos actos quirúrgicos que requieran utilización de quirófanos u hospitalización.
- Los hechos de guerra y las epidemias declaradas oficialmente.
- Los daños producidos por explotaciones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertos por los seguros de Responsabilidad Civil por daños nucleares.

ARTÍCULO 5. LIBRO DE RECLAMACIONES

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

ARTÍCULO 6. PERÍODO DE CARENCIA

1. Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato, excepto aquellas en las que el Asegurado no participa en el costo de los servicios, que tendrán un período de carencia de tres meses
2. Los períodos de carencia previstos en el párrafo anterior podrán eliminarse o reducirse si el Asegurado se somete a reconocimiento médico previo.

ARTÍCULO 7. TARJETA DENTAL INDIVIDUAL PERSONALIZADA

FIATC facilitará a los asegurados la “tarjeta DENTAL FIATC”, que no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por períodos de tiempo. El Asegurado deberá identificarse al requerir los servicios que procedan con la “tarjeta DENTAL FIATC”; no obstante, cuando el médico o el centro que presta el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el Documento Nacional de Identidad.

Cada acto sanitario prestado requerirá de un único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o por datáfono.

La “tarjeta DENTAL FIATC” es personal e intransferible, reservándose FIATC las acciones legales que procedan sobre el uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a FIATC a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la “tarjeta DENTAL FIATC” al finalizar la vigencia del seguro.

ARTÍCULO 8. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el Artículo 22 de la Ley de Contrato, se prorrogará tácitamente por períodos anuales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período.
2. Durante la asistencia del Asegurado y hasta su curación, el Asegurador no podrá rescindir la póliza.

ARTÍCULO 9. PAGO DE PRIMAS

Uno. El Tomador del seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará en su domicilio, salvo que en condición particular se acuerde otra cosa.

Dos. 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 en vía ejecu-

tiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su aplicación salvo pacto en contrario.

Tres. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura del Asegurador queda **suspendida un mes** después del día de su vencimiento, y si 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 el efecto **a las 24 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 en curso.

ARTÍCULO 10. DOMICILIACIÓN BANCARIA

En caso de pactarse el cobro del recibo de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros, se aplicarán las siguientes normas:

- El Asegurado entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando orden oportuna al efecto.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del período de gracia de un mes, no existieran fondos suficientes en la cuenta del Asegurado. En este caso, él mismo habrá de satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador.
- Si el Asegurador dejase transcurrir el período de gracia establecido en el párrafo anterior sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existieran fondos suficientes en la cuenta del Asegurado, aquél estará obligado a notificar tal hecho al mismo por carta certificada u otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de **treinta días naturales** para que pueda satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador. Este plazo se computará desde la fecha de imposición en el correo de la expresada notificación.

ARTÍCULO 11. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

Uno. El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

- a) Declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario al 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 a Cuestionario o cuando, aún sometiéndole, se trate de circunstancias que puedan inferir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en él.
- b) Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
- c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior; si por el contrario supone una disminución de riesgo, al finalizar el período en curso cubier-

to por la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento del cambio de domicilio.

- d) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato tomando efecto las mismas **el día primero del mes siguiente** a la fecha de su notificación, adaptándose la prima a la nueva situación.
- e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empenado 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.

Dos. 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 la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato.

ARTÍCULO 12. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

- a) El presente contrato de seguro da derecho a los siguiente servicios:
- **Examen del paciente para diagnóstico**, incluyendo planes de tratamiento, elaboración de proyectos y presupuestos y radiología.
 - **Tratamiento de odontología preventiva**, incluyendo aplicaciones de gel o flúor, tartectomía (limpieza de boca), sellado de fisuras y educación bucal.
 - **Exodoncias** (extracciones de dientes), de carácter sencillo o complejo, incluyendo las apicectomías y la extracción de cordales (muelas del juicio). **No quedan incluidas la cirugía maxilofacial y los actos quirúrgicos que requieran utilización de quirófanos u hospitalización.**
 - **Obturaciones** (empastes), oclusales o de las caras del diente, con amalgama o estética blanca, incluyendo la reconstrucción de ángulos y la reconstrucción coronaria total.
 - **Endodoncias:** Pulpectomías (desvitalizaciones del nervio), multirradiculares o unirradiculares.
 - **Parodoncias:** Curetajes (raspados), tratamientos gingivales (encías) y gingivectomías).
 - **Implantación de Prótesis** (dientes postizos), fijos o removibles, y sus modificaciones y mantenimiento.
 - **Tratamiento de Ortodoncia** (corrección de la posición de los dientes) con aparatos fijos o removibles.
 - **Implantología.**
- b) **Participación del Asegurado en el coste de la Asistencia.** El Asegurado participará en el coste de la Asistencia con las cantidades que se establecen para cada tipo de tratamiento en el Anexo a estas Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 13. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en la localidad que figura en las Condiciones Particulares, debiendo acudir el Asegurado a los

servicios odontológicos concertados por el Asegurador y que se indican en la Tarjeta Dental FIATC del Asegurado.

El Asegurador no se hace cargo de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico o distintos designados en su Tarjeta Dental de cada asegurado.

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

Al requerir los servicios que proceda, el Asegurado deberá exhibir la Tarjeta Dental, así como el último recibo de prima satisfecha, cuyo período debe estar vigente.

ARTÍCULO 14. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

- a) Además de prestar la asistencia dental asegurada, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro, la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del Cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador.
- b) El Asegurador entregará al Tomador del Seguro, Tarjeta Dental y le indicará el Centro Dental asignado.
- c) El Asegurador, una vez pactada la asistencia dental asegurada, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley del Contrato de Seguro, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al Asegurado, cónyuge, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta forma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia del Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 15. PÉRDIDA DE DERECHOS

Uno. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario, si medió dolo o culpa grave.
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe.
- c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario.
- d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.

ARTÍCULO 16. INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

Uno. Si se hubiese practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y la Entidad aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las condiciones particulares de la póliza.

Dos. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurridos **dos años** desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada en la solicitud-cuestionario.

ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

Uno. Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél, señalado en la póliza, pero si se realizan a un Agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el Tomador del seguro al referido agente se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza de Seguro. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de la prima de la Entidad Aseguradora.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

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

Dos. El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

ARTÍCULO 18. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN EN CASO DE LITIGIO

Se establecen las siguientes instancias de reclamación en caso de litigio:

A) DEFENSOR DEL ASEGURADO

I. OBJETO

El DEFENSOR DEL ASEGURADO conocerá y resolverá, con plena independencia y bajo los criterios de legalidad y equidad, las reclamaciones que formulen los tomadores, asegurados o beneficiarios de la Mutua y, en su caso, sus derechohabientes, en relación con sus pólizas.

Las resoluciones emitidas por el DEFENSOR DEL ASEGURADO serán vinculantes para la Mutua si han sido aceptadas por el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la cuantía del derecho que se le reconozca no excede de **veinticinco millones de pesetas (150.253,026 euros)**.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá aceptar esta propuesta o ejercer las acciones que legalmente le correspondan para la defensa de sus derechos.

2. RECLAMACIÓN PREVIA:

El Tomador, Asegurado o Beneficiario de la Mutua que por cualquier razón derivada de su contrato de seguro desee efectuar reclamación ante el DEFENSOR DEL ASEGURADO deberá agotar previamente la vía de reclamación ordinaria, entendiéndose a tal efecto agotada dicha vía en los siguientes supuestos:

- a) Cuando exista resolución firme emitida por el Director General o, en su caso, de uno de los Directores Generales Adjuntos de la Mutua.
- b) Cuando transcurridos tres meses desde que el Tomador, Asegurado o Beneficiario formuló su reclamación, ésta no haya sido resuelta.

3. COMPETENCIAS

El DEFENSOR DEL ASEGURADO asumirá las siguientes competencias:

- a) La admisión a trámite en su caso, de las reclamaciones que le sean presentadas, informando al/los reclamante/s sobre la misma.
- b) Solicitar a la Mutua la documentación que a su criterio considere necesaria para el esclarecimiento de los hechos.
- c) Estudiar la documentación aportada, disponiendo para ello de 10 días hábiles que podrán prorrogarse por otros diez, para reclamar ampliación de las alegaciones del reclamante o de los informes recibidos de la Mutua o, en su caso, para citarlos en audiencia.
- d) Resolver por escrito, una vez agotado dicho trámite, en el plazo de 5 días hábiles.

El REGLAMENTO DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO de FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, se halla a disposición de los Sres. mutualistas en el domicilio social de la Entidad.

B) PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El Tomador, Asegurado o Beneficiario, tercero perjudicado o derechohabiente podrán dirigir su reclamación a la Dirección General de Seguros.

Las resoluciones dictadas por la Dirección General de Seguros no serán vinculantes para las partes, no obstante FIATC puede admitir, en su caso, la aceptación de la resolución dictada por la Dirección General de Seguros.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario deberán acreditar que previamente se han dirigido al Defensor del Asegurado y que éste ha desestimado su petición o que ha transcurrido el plazo de resolución establecido en el Reglamento.

C) JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación previa de acudir a los anteriores procedimientos los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

