



**AMESalud
Dental**

Condiciones Generales



AME

ASISTENCIA MÉDICA

Fundada el Año 1943
Capital social suscrito: 362.000,00€
Capital desembolsado: 362.000,00€

Valencia, 106-108, bajos 08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66- Fax. 93 226 75 89

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y
Prestación de Servicios: España.
Autoridad de control: Dirección General de Seguros del Ministerio de
Economía y Hacienda. Registrada con el N° C-0290.

Autoridad de control en materia sanitaria: Dirección
General de Recursos Sanitarios del Departament de
Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Registrada
con el N° CAT-30.
Registro Mercantil de Barcelona, Hoja 5.494, Folio 1, Tomo 997,
Libro 500, C.I.F. N° A08169385

Apreciado Tomador/Asegurado,

El equipo humano de **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.** le da la bienvenida como nuevo miembro de la familia **AME**. Agradecemos su confianza y nos ponemos a su disposición para ofrecerle nuestro servicio personalizado que siempre nos ha caracterizado.

Nuestra amplia experiencia en el sector nos ha permitido tener una larga relación con nuestros Asegurados. Prueba de ello son las familias de Asegurados con cuatro generaciones diferentes que continúan confiando en **AME** desde su fundación en 1943 cuando un grupo de médicos del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, emprendieron con gran entusiasmo el reto de trabajar en una medicina privada de alta calidad.

Hoy, después de más de 75 años, nos esforzamos cada día para seguir contando con los mejores profesionales y con las clínicas y centros terapéuticos y de diagnóstico que poseen la tecnología más avanzada del mercado. Ofrecemos una medicina privada asequible con unas tarifas adaptadas al bolsillo de las familias de hoy en día, sin olvidar jamás, el cuidado y familiar trato a todas las personas que depositan su valor más preciado en **AME**, su salud.

Sabemos que en el cuidado de la salud cada caso es distinto. Por eso nos encontrará siempre a su disposición para atender cualquier consulta que tenga en el teléfono de Atención al Asegurado **93 226 59 66** o en nuestra página web: **www.ameasistencia.com**

Gracias por confiar en nosotros, Reciba un cordial saludo,

Pere Camprubí Ponsa
Gerente AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A.

PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. del 17 de octubre de 1980), modificada y ampliada por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, para adaptar el Derecho Español a la Directiva 88/357/CEE (B.O.E. del 20 de diciembre de 1990) y por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. del 9 de Noviembre de 1995) y su Reglamento de 20 de noviembre de 1998 (B.O.E. 26 de Noviembre de 1998); por la Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados (B.O.E. del 2 de mayo de 1992), modificada por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. del 9 de noviembre de 1995), y por la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (B.O.E. del 31 de octubre de 1992),

DEFINICIONES.

A los efectos de este Contrato se entiende por:

Asegurador: La Entidad AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A., que asume el riesgo contractualmente pactado.

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe el contrato de seguro y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: Cada una de las personas designadas en las *Condiciones Particulares* sobre las cuales se establece el Seguro y que en defecto del Tomador del Seguro asumen las obligaciones derivadas del contrato.

Póliza: El documento que se entrega al Tomador del Seguro y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Integran la póliza: a) las Condiciones Generales; b) las Condiciones Particulares que individualizan el objeto y determinan la cobertura del seguro además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las Cláusulas acordadas entre las partes; c) los Suplementos o Apéndices emitidos para complementar o modificar el contrato, y d) el recibo de prima librado por el Asegurador.

Plazo de carencia: El periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor del seguro y la toma de efecto de las garantías del mismo.

Prima: El precio del seguro. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal. La prima del seguro es anual aunque se conceda un aplazamiento o fraccionamiento en su pago.

Siniestro: Será la enfermedad dental del Asegurado que precise de asistencia médica estomatológica y/o servicios odontológicos, para las coberturas de riesgo previstas en la póliza y cuya prestación asume el Asegurador.

Urgencia: El proceso que no puede esperar a la atención de los servicios ordinarios del Asegurador para una correcta asistencia.

ALCANCE DEL SEGURO

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO.

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante el pago de la prima correspondiente, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia de medicina estomatológica y servicios odontológicos para las enfermedades y dolencias que figuran exclusivamente en la descripción de los servicios de la póliza.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente respecto de todas las prestaciones establecidas en la Póliza. En los supuestos casos de urgencia el Asegurado deberá acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente establecido, y cuya dirección figura en las Condiciones Particulares.

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

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: Los servicios a los que da derecho esta póliza, son los siguientes:

- 1.- Visitas.
- 2.- Intervenciones quirúrgicas menores.
- 3.- Obturaciones.
- 4.- Endodoncias.
- 5.- Periodoncias.
- 6.- Prótesis.
- 7.- Odontología Preventiva.
- 8.- Ortodoncias.
- 9.- Implantología.

El detalle descriptivo de dichos servicios y la franquicia a cargo del Asegurado de los servicios correspondientes, se encuentran detallados en la Tabla de Baremo adjunta a las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA SEGUNDA:

EXCLUSIONES:

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

Tratamiento de Cirugía Maxilo-Facial y Odontología estética, excepto los incluidos en el Baremo.

La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales y los amparados por el Seguro de Responsabilidad Civil derivada del uso y circulación de vehículos de motor, de suscripción obligatoria, salvo que se incluyan expresamente en las condiciones particulares.

Los hechos de guerra y las epidemias declaradas oficialmente.

Los daños producidos por explosiones nucleares o radioactivas, que se hallen cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.

La medicación y cualquier otro tipo de prestación o asistencia sanitaria que no figure o esté expresamente excluida en el Anexo de descripción de servicios que figura en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA TERCERA: PLAZO DE CARENANCIA.

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entraren vigor el contrato.

SINIESTROS

CLÁUSULA CUARTA: NORMAS PARA PRESTAR Y REQUERIR LOS SERVICIOS.

Al requerir los servicios que procedan, se deberá exhibir el carné de asegurado, así como el último recibo de prima satisfecho, cuyo período debe estar vigente.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en la ciudad que se determine en las Condiciones Particulares, bajo las siguientes condiciones:

Por los centros odontológicos indicados por la Entidad con especificación de las direcciones y horarios de consulta de sus facultativos y del centro permanente de Urgencias.

En los tratamientos alternativos decidirá el Asegurado, de entre los que figuran en el Anexo de Descripción de Servicios de la póliza.

Será necesaria la aceptación por el Asegurado del tratamiento protésico y del presupuesto efectuado por el odontólogo de la Entidad, abonando la franquicia correspondiente al servicio que se solicita.

A petición del Asegurado, y siempre antes de la utilización del servicio se podrá solicitar la devolución de la franquicia abonada al Asegurador. En caso de caducidad de la autorización otorgada, el Asegurador procederá a la devolución de la franquicia abonada en el plazo de dos meses desde dicha caducidad.

Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año, por desgastes o deterioro siempre y cuando haya existido una correcta utilización.

El Asegurado abonará las franquicias de los servicios según categorías de acuerdo con los baremos vigentes que figuran al margen de cada uno de ellos en el Anexo de descripción de los servicios de la póliza.

Cada vez que se produzca modificación en la prima del seguro, se determinarán también las modificaciones que proceda en los valores de dichas franquicias; a tal efecto se emitirá el

suplemento en que se haga constar la nueva prima y franquicias con dos meses de antelación a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de los valores expresados en las franquicias.

NORMAS LEGALES

CLÁUSULA QUINTA: DISPOSICIONES GENERALES.

Son de aplicación a esta póliza las disposiciones de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, expuestas seguidamente con la cita, cuando corresponda, del articulado de dicho texto legal.

5.1 Bases del contrato

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (artículo 8 de la Ley).

5.2. Declaraciones

El Tomador del Seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y en base al cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediante engaño o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado de la prestación por siniestro (artículo 10 de la Ley).

Si se hubiere 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 el Asegurador no podrá negar la prestación de los servicios 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.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador del Seguro haya actuado con dolo (artículo 89 de la Ley).

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible debe comunicar al Asegurador todas las circunstancias de cambio de profesión y/o de residencia habitual y de prácticas deportivas que agraven el riesgo, o las que lo disminuyan (artículos 11, 12 y 13 de la Ley).

Pérdida de derechos

El Asegurado pierde el derecho a las coberturas garantizadas:

En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el

cuestionario, sí medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).

En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunica al Asegurador, y ha actuado con *mala fe* (artículo 12 de la Ley).

Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato).

Primas

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y al pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador 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 (artículos 14 y 15 de la Ley).

Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos. En todo caso el fraccionamiento de pago de la prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Se conviene el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito. En este supuesto se aplicaran las siguientes normas:

El tomador del seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento de crédito dando la orden oportuna de efecto.

La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso el Asegurador notificará al Tomador del Seguro que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en el domicilio.

Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro, aquél deberá notificar tal hecho a este último por carta certificada, o cualquier otro medio indubitable, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador de forma en que satisfará su importe. Este plazo computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado por el Asegurador.

Siniestros

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio. El Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento del deber de aminoración da derecho al Asegurador a reducir sus prestaciones en la proporción oportuna, considerando la importancia de los daños derivados de tal omisión y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produjese con la manifiesta intención de dañar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro (artículos 16 y 17 de la Ley).

Comunicaciones

Las comunicaciones y pagos de primas que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un agente de seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima efectuado a un Corredor de Seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor de Seguros entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de éste. (Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados).

Protección del Asegurado

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que el Tomador del Seguro y/o Asegurado puedan hacer constar en él las que consideren oportunas, junto con el derecho de reclamación ante la Dirección General de Seguros por cualquier actuación del Asegurador que gestione sus derechos derivados del presente contrato de seguro y ante la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en materia Sanitaria.

El Asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pueda tener acceso el Asegurador relacionada con su estado de salud o enfermedad, y con sus procesos y estancias en centros sanitarios concertados con el Asegurador.

El Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de Octubre, reguladora del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

Resolución y duración del contrato

El contrato quedara resuelto por decisión del Tomador del Seguro manifestada por escrito expedito al Asegurador dentro de los quince días siguientes a la fecha en que éste le entregó la póliza o el documento de cobertura provisional.

La duración del contrato se determina en las Condiciones Particulares de la póliza con expresión de la fecha y hora en que comienza y termina. Al término del primer periodo inicial del seguro, el contrato se prorroga por un año y así sucesivamente a menos que cualquiera de las partes se oponga a ello comunicándolo a la otra por escrito con una antelación mínima de un mes a la conclusión del periodo de seguro en curso (artículos 8 y 22 de la Ley).

La resolución del Contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en esta cláusula o por la oposición del Asegurador a la prórroga del mismo no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes exclusivamente en relación con los siniestros en curso.

5.9. Nulidad

El contrato es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en

el momento de su conclusión no existe el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley).

Jurisdicción

A este contrato de seguro le será de aplicación la Ley española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

Arbitraje

Para la decisión de todas las cuestiones litigiosas derivadas del presente Contrato las partes podrán someterse al arbitraje institucional del Tribunal Arbitral de Barcelona encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, y obligarse a cumplir la decisión arbitral.

CLÁUSULA SEXTA: DISPOSICIONES ESPECÍFICAS A LOS RIESGOS SOBRE LAS PERSONAS.

6.1 Prescripción

Las acciones que derivan de este contrato prescriben a los cinco años (artículo 23 de la Ley).

6.2. Subrogación

El Tomador del Seguro deberá facilitar la subrogación a favor del Asegurador contra terceros civilmente responsables, cuando la asistencia sanitaria se preste por lesiones sufridas como consecuencia de actos de terceros (artículos 43 y 82 de la Ley).

CLÁUSULA SÉPTIMA: ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS.

El Asegurador podrá modificar anualmente las primas, en consideración a lo dispuesto en la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, fundamentándose la misma en los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes adicionales de los servicios y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

CLÁUSULA ADICIONAL PRIMERA.

El Tomador del Seguro declara conocer todas las Condiciones Generales y Particulares que forman parte de esta Póliza y expresamente acepta todas aquellas normas y apartados limitativos de sus derechos contenidos en las cláusulas de las Condiciones Generales: Primera, Segunda, Tercera, Cuarta y Séptima, cuyo contenido figura debidamente destacado en letra negrilla.

El Tomador del Seguro reconoce asimismo haber recibido por escrito del Asegurador toda la información que para un contrato de seguro distinto al seguro de vida se establece en el artículo 104 del vigente Reglamento y que constan en la presente póliza.

CLÁUSULA ADICIONAL SEGUNDA. - TRATAMIENTO, CESIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 diciembre de 2018 (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: La finalidad del tratamiento es la de llevar a cabo la gestión propia de la actividad Aseguradora por usted contratada. Sus datos, inclusive los de salud, serán utilizados exclusivamente con esta finalidad.

Legitimación del tratamiento: La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato para prestarle el servicio solicitado.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos

Comunicación de los datos: Sus datos (incluidos datos de salud) podrán ser tratados por otras entidades Aseguradoras, reaseguradora o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros. **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS** podrá solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los Asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, etc. A excepción de lo anterior, no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal o consentimiento expreso del interesado.

Transferencias internacionales de datos: **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS** no realiza transferencias internacionales.

Medidas de seguridad: De acuerdo a lo dispuesto a la normativa vigente en protección de datos personales, **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS** cumple con todas las disposiciones de la normativa vigente en el tratamiento de los datos personales de su responsabilidad, por las cuales son tratadas de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado, y adecuadas, pertinentes, limitadas y necesarias en relación a las finalidades para las cuales son tratadas.

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS garantiza que ha implementado políticas técnicas y organizativas apropiadas para aplicar las medidas de seguridad que establecen la normativa vigente, con el fin de proteger los derechos y libertades de los interesados y les ha comunicado la información adecuada para que puedan ejercerlos.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

C/ València, 106 Baixos - 08015 Barcelona

ame@ameasistencia.com

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento expreso o el de su representante legal

AME informa al Tomador / Asegurado:

- Que se grabarán las llamadas telefónicas que se realizan a los números de teléfono de contacto de AME, con la finalidad de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones. Que los datos registrados serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales. La legitimación es el interés legítimo del Responsable. Serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Para el ejercicio de sus derechos, dispone de la información en el apartado Derechos que asisten al Interesado.

Las Condiciones Generales que anteceden, y las Particulares que aparecen se entregan al Tomador, constituyen el presente Contrato, y no tienen validez por separado. Modelo aprobado por la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya en fecha 15 de julio de 1999