

DENTALMEDIC
SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA
ODONTO-ESTOMATOLÓGICA
CONDICIONES GENERALES
(MOD. DM0001)

ARTÍCULO PRELIMINAR.- REGULACIÓN DEL CONTRATO

Esta póliza de seguro se rige por lo que dispone la Ley 50/80, de 8 de octubre, del Contrato de seguro (BOE 17/10/1980) y demás disposiciones que pudieran serle de aplicación y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y, en su caso, condiciones particulares y especiales.

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES

Accidente. Lesión corporal debida a una causa externa, violenta, súbita y ajena a la voluntad del asegurado. No se considerarán accidentes las enfermedades o secuelas de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de una lesión orgánica derivada de un accidente y en particular las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

Acto médico. A los efectos previstos en la presente póliza y en especial a la franquicia a aplicar por acto odonto-estomatológico, tendrá esta consideración cualquier visita médica, prueba de diagnóstico, acto terapéutico, visita de urgencia, traslado en ambulancia, sesión de rehabilitación, intervención quirúrgica, acto anestésico y cualquier otro acto asimilable.

Anexo de coberturas. Documento complementario e integrado en el de Condiciones Generales, en el cual se describen las prestaciones odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza y las franquicias establecidas. Este documento puede ser actualizado anualmente.

Asegurado. Persona o personas físicas sobre las que se establece el seguro y beneficiario de la prestación de la asistencia sanitaria odonto-estomatológica.

Beneficiario. La persona que tiene el derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al asegurado.

Carencia. Período de tiempo durante el cual no están en vigor algunas de las garantías de la póliza, contado a partir de la fecha de efecto de alta del asegurado en la póliza.

Cirugía Maxilofacial. Cirugía propia de los huesos maxilares, mandíbula y huesos de la cara.

Cuadro médico odontológico. Conjunto de profesionales y centros sanitarios propios o concertados por la entidad aseguradora donde se prestan los servicios objeto de la cobertura de esta póliza.

Enfermedad o lesión. Toda alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

Enfermedad congénita. Aquella que existe desde el nacimiento y es consecuencia de factores hereditarios o adquiridos durante la gestación, haya dado o no sintomatología.

Enfermedad preexistente. Aquella que existía y se manifestó con anterioridad al momento de entrada en vigor de la póliza.

Entidad aseguradora. AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la entidad, quien asume la cobertura de los riesgos establecidos en la presente póliza. La actividad aseguradora de la entidad queda sometida a la normativa vigente del Estado Español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.

Estomatólogo. Licenciado o Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Estomatología. Profesional médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la cavidad bucal.

Franquicia. Importe prefijado que asumirá el asegurado por cada uno de los actos o servicios odontológicos que, incluidos en la cobertura del seguro, se le presten al asegurado y que éste deberá abonar directamente al profesional sanitario o centro médico.

Grupo asegurador. Conjunto de personas físicas aseguradas en una misma póliza contratada con la entidad por un mismo tomador.

Grupo asegurable. Deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse. El grupo familiar constituye un caso particular de grupo asegurable.

Grupo familiar. El formado por todas aquellas personas que convivan en el domicilio designado como residencia habitual en las Condiciones Particulares del contrato.

Hospital. Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de la póliza, no se considerarán hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, residencias y todo tipo de instalaciones o secciones dedicadas, principalmente, al cuidado y tratamiento de personas que padezcan enfermedades crónicas, terminales o de tipo degenerativo, aunque se hallen integradas en un hospital.

Hospital de día. Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia en hospital sin pernoctación.

Hospitalización. Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Intervención quirúrgica. Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

Odontólogo. Licenciado en Odontología especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la cavidad bucal.

Póliza. El presente documento contractual juntamente con el Anexo de Coberturas, las Condiciones Particulares y, si existiesen, las Condiciones Especiales, así como sus posibles cláusulas, suplementos o certificados individuales de seguro que sean emitidos para completarla o modificarla.

Prestación. Asistencia sanitaria odonto-estomatológica proporcionada dentro de los límites de la póliza que se deriva de la ocurrencia de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

Prima. Es el precio del seguro. En la prima de recibo quedan incluidos los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Primera visita. Aquella en que el profesional sanitario atiende por primera vez a un paciente e incluye, además de los actos propios de una visita, la recogida de los datos de filiación y todos aquellos antecedentes de interés que conforman la base esencial de la historia clínica.

Prótesis. Los sustitutos artificiales mediante los cuales se repara la falta de un órgano o parte de él.

Siniestro. Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por algunas de las garantías de la póliza.

Tomador. Persona que suscribe esta póliza con la entidad y a quien corresponden las obligaciones que de ella se derivan, salvo aquellas que correspondan expresamente al asegurado y beneficiario.

Urgencia. Situación que requiere atención médica inmediata y de carácter necesario a fin de evitar un daño irreparable en la integridad física del paciente.

ARTÍCULO 2º.- OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, la entidad aseguradora asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y en el Anexo de Coberturas, previo pago de la prima y las franquicias que en cada caso corresponda, la asistencia odonto-estomatológica, en régimen ambulatorio, de los servicios cubiertos por la póliza, prestados por los facultativos y centros sanitarios concertados por la entidad que figuran en el cuadro médico odontológico.

La entidad aseguradora cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro indicadas en las Condiciones Particulares.

El tomador deberá suscribir obligatoriamente la garantía principal de Cobertura Odontológica.

Asimismo, el tomador podrá suscribir la garantía complementaria optativa de Accidente Dental Grave. En este caso, la cobertura del seguro se amplía a las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización dentro de los límites establecidos para esta garantía en el apartado 2.2.A. de estas Condiciones Generales.

2.1. Garantía principal de COBERTURA ODONTOLÓGICA

Esta garantía tiene por objeto garantizar unos servicios odonto-estomatológicos, de los que el asegurado podrá hacer uso sin coste y otros servicios específicos con un coste franquiciado.

En esta garantía del seguro no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolsarse cantidad alguna por servicios odontológicos no prestados, en sustitución de la prestación de la asistencia médica odontológica cubierta.

A. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

La relación completa de prestaciones cubiertas por la póliza se especifica en el Anexo de Coberturas, que se incorpora a estas Condiciones Generales y que forma parte integrante de ellas.

En dicho Anexo de Coberturas se especifican asimismo, el importe correspondiente a la franquicia de cada acto o servicio cubierto a cargo del asegurado. El importe de estas franquicias son precios fijados para el año en vigor, que podrán ser actualizados por la entidad aseguradora al inicio de cada año natural, poniendo a disposición de los asegurados el correspondiente Anexo de Coberturas vigente en su página web.

B. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

El asegurado podrá elegir libremente el profesional o centro sanitario entre los que figuran en el cuadro médico odontológico concertado por la entidad. A estos efectos, la entidad pondrá a disposición de los asegurados dicho cuadro, que permanecerá siempre actualizado en su página web.

Al requerir la prestación de asistencia, el asegurado deberá identificarse como asegurado de la entidad aseguradora y exhibir el DNI.

El asegurado abonará directamente al profesional o centro sanitario concertado las franquicias dentales que correspondan de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Coberturas.

En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el asegurado del presupuesto bucodental que realice el facultativo o centro sanitario del cuadro médico odontológico concertado por la entidad.

Para recibir un servicio de urgencia, el asegurado deberá acudir al centro de urgencia que la entidad aseguradora tiene establecido, cuya dirección y teléfono figuran en el cuadro médico odontológico concertado por la entidad.

Todos los tratamientos y actos cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, quedando por ello no cubiertas la hospitalización y la anestesia general.

La entidad aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico odontológico concertado, sea o no el prescriptor del cuadro médico odontológico concertado, ni de los servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar, aunque se realicen por facultativos del cuadro médico odontológico.

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

2.2. Garantía complementaria opcional de ACCIDENTE DENTAL GRAVE

A. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Mediante la contratación de esta garantía complementaria, la entidad aseguradora se obliga al reembolso de las franquicias pagadas y otros gastos médicos satisfechos por el asegurado en el tratamiento bucal como consecuencia de un accidente dental grave hasta 6.000 euros desde la fecha

de ocurrencia del accidente y con un periodo máximo de un año, prestado según lo dispuesto en los párrafos posteriores.

A efectos del seguro, se entiende por accidente dental grave aquel que, habiendo ocurrido con posterioridad a la fecha de efecto del seguro, o de la inclusión del asegurado en la póliza si es posterior, afecte a más de tres piezas dentales.

Son objeto de cobertura, hasta el límite indicado en el primer párrafo de este apartado, el reembolso del coste de las facturas de los siguientes servicios y actos médicos del tratamiento bucal realizados al asegurado a consecuencia de un accidente dental grave:

- Las franquicias pagadas por el asegurado por cualquiera de los actos médicos relacionados en el Anexo de Coberturas a los profesionales y centros del cuadro médico odontológico concertados por la entidad aseguradora.
- El coste de los gastos médicos pagados por el asegurado a cualesquiera otros profesionales o centros de su elección, no incluidos en el cuadro médico odontológico, por los siguientes conceptos:
 - Cirugía maxilofacial.
 - Cirugía plástica si fuera necesaria para la reconstrucción dental.
 En ambos casos se incluirán los tratamientos y exploraciones derivadas de estas intervenciones.

B. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Al objeto de que la entidad aseguradora reembolse al asegurado los gastos cubiertos por esta garantía, el asegurado, o cualquier otra persona en su nombre, deberá solicitar a la entidad aseguradora el reembolso de los gastos médicos, en el plazo de quince días a contar desde la fecha de la factura original acreditativa de los mismos.

El tomador o el asegurado deberán entregar a la entidad aseguradora las facturas originales y los informes médicos que especifiquen el tratamiento realizado. Las facturas deberán contener los siguientes datos: Nº factura, nombre del asegurado, nombre del facultativo y número de colegiado o centro realizador con su NIF, sello de validación del centro o firma del facultativo y conceptos desglosados de los actos realizados con el importe de cada uno, así como el importe total.

La entidad aseguradora, una vez recibidos todos los informes y documentos conforme a lo indicado en el párrafo anterior y constatado el derecho del asegurado al reembolso de los gastos incurridos conforme a lo establecido en la presente póliza, reembolsará tales gastos dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la citada documentación. La entidad aseguradora reembolsará al asegurado las cantidades a las que tenga derecho de acuerdo con esta póliza, mediante su abono en la cuenta bancaria designada a estos efectos.

C. OTROS SERVICIOS

La contratación de esta garantía complementaria permite al asegurado acceder a los siguientes servicios ofrecidos por la entidad aseguradora:

Segunda Opinión Médica. La entidad aseguradora garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad aseguradora garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.

Servicio de Orientación Médica 24 horas. Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.

Servicio de Orientación Social. Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: la infancia, adolescencia, adultos, vejez, temas de dependencia, etc.

ARTÍCULO 3º.- ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia odonto - estomatológica se prestará en toda la red asistencial del cuadro médico odontológico concertada por la entidad aseguradora.

En la garantía complementaria opcional de ACCIDENTE DENTAL GRAVE, el asegurado podrá acudir a facultativos y hospitales establecidos en cualquier parte del territorio español, únicamente para la asistencia consistente en cirugía maxilofacial y cirugía plástica, si fuera necesaria para la reconstrucción dental.

ARTÍCULO 4º.- RIESGOS NO CUBIERTOS

No son objeto de cobertura de este seguro de asistencia sanitaria odonto - estomatológica:

- a) Daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guardan relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- b) La asistencia sanitaria en lesiones producidas por embriaguez, agresión, riña (salvo en el caso de legítima defensa), intento de suicidio o auto lesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- c) La cirugía maxilofacial y los actos quirúrgicos que requieren la utilización de quirófano y/o hospitalización, salvo en el caso de la prestación de la garantía complementaria de accidente dental grave cuando esta garantía opcional haya sido contratada.
- d) Las preexistencias y demás coberturas que se determinen expresamente como excluidas en las Condiciones Particulares.
- e) Asimismo, aquellas derivadas de los servicios no contemplados expresamente en el Anexo de Coberturas.

ARTÍCULO 5º.- PLAZOS DE CARENANCIA

La cobertura que la entidad garantiza a los asegurados entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez haya sido satisfecha por el tomador la prima correspondiente a excepción de los siguientes actos médico - dentales, para los asegurados a partir de 16 años, que tendrán dos meses de carencia:

- Obturaciones.
- Endodoncias.

Estas carencias son aplicables a todos los actos dentales del Anexo de Coberturas que se encuentran encuadrados dentro de los epígrafes de Obturaciones y Endodoncias

ARTÍCULO 6º.- FORMALIZACIÓN Y VALIDEZ DEL SEGURO

La entidad otorgará las coberturas de la presente póliza basándose en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro y/o asegurados.

Las declaraciones del tomador y de los asegurados en la solicitud de seguro y en cualquier otra declaración escrita, deberán ser verídicas y exactas, puesto que de ello depende la validez del contrato.

El seguro y sus modificaciones entrarán en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez firmada la póliza o suplemento y haya sido satisfecha por el tomador la prima correspondiente. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de estos requisitos, las obligaciones de la entidad comenzarán a las 24 horas del día en que hubieren sido cumplidos.

Cuando se constate un error en la póliza, el tomador y/o asegurado disponen del plazo de un mes (a contar desde la entrega de la misma), para reclamar a la entidad que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, el contenido de la póliza se considerará totalmente válido.

ARTÍCULO 7º.- PERSONAS ASEGURADAS

Podrán obtener las coberturas de este seguro todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurran las condiciones de asegurabilidad que la entidad tenga establecidas.

Cuando un asegurado deje de formar parte del grupo familiar por no convivencia en el mismo domicilio, cesarán para él las garantías de la póliza. Siempre que comunique este hecho a la entidad con antelación a la fecha del cambio de domicilio, será admitido en otra póliza, sin carencias ni sometimiento a nuevo cuestionario de salud, adecuando ésta a la nueva situación.

ARTÍCULO 8º.- PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza se contrata por el período de tiempo indicado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente año por año, siempre que la póliza se mantenga en vigor mediante el pago de la prima correspondiente.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

ARTÍCULO 9º.- PAGO DE PRIMAS

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el tomador del seguro en los correspondientes vencimientos pactados, por anticipado.

La prima se determina por períodos anuales. No obstante, la forma de pago de las primas será la establecida en las Condiciones Particulares.

El pago de la prima se hará en el domicilio de la entidad, si no se especifica nada en contra en las Condiciones Particulares.

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las normas siguientes:

- a) El obligado al pago de la prima entregará a la entidad carta dirigida al establecimiento bancario dando orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro en el mismo, y de nuevo, dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha (plazo de gracia), el recibo de prima, resultase incobrado por cualquier motivo.
- c) Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la entidad a la vez que le facilite la orden de domiciliación, dirigida al establecimiento bancario, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

Las consecuencias del impago de la prima son:

- a) Si por culpa del tomador del seguro o del asegurado, la primera prima no ha sido pagada a su vencimiento, la entidad aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la entidad aseguradora quedará liberada de su obligación.
- b) En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la entidad aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. La entidad aseguradora pasado el mes de gracia, en caso de persistir el impago de prima, podrá instar la resolución de la póliza. En cualquier caso, la entidad aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
- c) Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro pagó su prima.

ARTÍCULO 10º.-ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS

En cada renovación anual, la prima se determinará, en su caso, de acuerdo con la edad alcanzada y la zona geográfica correspondiente al domicilio de los asegurados, así como por las nuevas condiciones de riesgo eventualmente adquiridas, aplicando las tarifas que la entidad haya establecido. A tales efectos, la entidad tendrá en consideración la siniestralidad causada por cada asegurado a título individual.

Asimismo, la prima correspondiente a cada asegurado quedará determinada por la composición del grupo asegurado según el número de asegurados y, en su caso, sus edades. Cualquier modificación en la composición del grupo asegurado dará lugar a la consiguiente e inmediata adecuación de la prima a la nueva entidad del riesgo respecto al nuevo grupo asegurado.

La entidad podrá modificar las primas, así como las franquicias previstas en el Anexo de Coberturas, tomando en consideración los cálculos técnico-actuariales sobre siniestralidad, la modificación de los costes asistenciales y las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar.

ARTÍCULO 11º.- MODIFICACIONES EN EL RIESGO

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la entidad, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Se considerarán modificaciones en el riesgo los cambios de domicilio del asegurado, debiendo ser notificados a la entidad aseguradora de forma inmediata.

ARTÍCULO 12º.- SUBROGACIÓN

El asegurado debe facilitar la subrogación a la entidad aseguradora, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo. La entidad aseguradora 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 a la entidad en su derecho a subrogarse.

La entidad 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, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este caso, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Si la entidad y el asegurado concurren frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 13º.-INDICACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la entidad sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por la entidad.

ARTÍCULO 14º.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones de la entidad al tomador del seguro y, si procede, al asegurado y beneficiario/s se realizarán en el domicilio de éstos que conste en la póliza o en el que hubiese sido notificado fehacientemente con posterioridad a la entidad.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del tomador tendrán los mismos efectos que si los hubiera realizado el propio tomador siempre que sean corroboradas por éste último.

El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al correspondiente mediador de seguros no se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que, a cambio, éste entregue al tomador del seguro el recibo de prima de dicha entidad aseguradora.

ARTÍCULO 15º.- PRESCRIPCIÓN

El plazo de prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza es de cinco años contados desde el día en el cual pudiesen ejercitarse.

ARTÍCULO 16º.- COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

ARTÍCULO 17º.- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a) Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- b) Reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente y ante el defensor del cliente, en su caso, instancias cuya función es tutelar y salvaguardar los derechos y los intereses de los asegurados y cuyo funcionamiento se rige por su reglamento específico.
- c) Procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, de conformidad con lo que se establece en el artículo 62 y concordantes de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante este organismo, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente al Servicio de Atención al Cliente o, en su caso, al defensor del cliente y que haya sido desestimada, no admitida o que haya transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que se haya resuelto.
- d) Finalmente, de conformidad con lo que se establece en el artículo 24 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, las acciones derivadas del mismo siempre podrán plantearse ante los juzgados de primera instancia de la jurisdicción civil correspondientes al domicilio del asegurado.

En el supuesto que el asegurado tenga el domicilio en el extranjero deberá designar, a estos efectos, un domicilio en España.

ARTÍCULO 18º.- PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales facilitados por el tomador y el asegurado se incluirán en ficheros privados que se conservan, de forma confidencial y de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, por la entidad aseguradora. Ambos podrán dirigirse a ésta para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

El tomador y el asegurado reconocen expresamente que los datos personales han sido facilitados de forma voluntaria, con la finalidad de poder gestionar las relaciones y poder dar cumplimiento al contrato de seguro, otorgando su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a:

- a) Otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro.
- b) Las entidades que forman parte del grupo de la entidad aseguradora para ofrecer al tomador y al asegurado servicios y productos que puedan ser de su interés.

El tomador recibe y acepta la totalidad de las presentes Condiciones Generales que le son entregadas y constituyen, junto a la solicitud de contratación, y, en su caso, Condiciones Particulares y Especiales, el contrato de seguro. Asimismo el Tomador manifiesta haber recibido, con anterioridad, toda la información prevista en los artículos 104 a 106 del Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados, de conformidad con el artículo 107 de dicho texto normativo.

El Tomador:

Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A.

La Aseguradora:

