

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DENTAL MIXTO DE CIGNA LIFE INSURANCE COMPANY OF EUROPE, SA/NV SUCURSAL EN ESPAÑA.

Información legal del Asegurador

Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A. - NV., Sucursal en España, con domicilio social en Pozuelo de Alarcón (28223 Madrid), Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1- Edificio 14-Planta Baja.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8, Hoja M-11184; NIF: N-0021205J. Inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número E0133.

Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A./ N.V., Sucursal en España es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A. - N.V., compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50 / 1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y por lo que se estipula expresamente en estas Condiciones Generales, en las Particulares y en las Especiales, así como en aquellos anexos y / o suplementos y / o apéndices que pudieran formar parte integrante de la Póliza.

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

Asegurador: Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V., Sucursal en España, en adelante "Cigna", que asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo. El Estado miembro del Espacio Económico Europeo y la Autoridad a quienes corresponde el control de la actividad del Asegurador son, respectivamente, el Reino de Bélgica y el Banco Nacional de Bélgica.

Asegurado: Cada una de las personas sobre las que se establece el Seguro.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Especiales, si procedieran y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima: El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Suma Asegurada: La cantidad fijada en la Póliza, que constituye el límite máximo de las indemnizaciones a pagar por el Asegurador al Asegurado, por todos los conceptos cubierto por el contrato en el transcurso de cada anualidad del seguro.

Médico: Doctor o licenciado en medicina legalmente titulado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades odontológicas.

Odontólogo: Especialista en el estudio de los dientes y el tratamiento de sus dolencias.

Médico estomatólogo: Especialista en el estudio de la boca y el tratamiento de sus dolencias,

Siniestro: Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la Póliza.

Carencia: Período de tiempo - contado a partir de la fecha de efecto o alta en el seguro - durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la Póliza.

Franquicia: Importe que el Asegurado debe soportar a sus expensas, por cada servicio odontológico prestado o intervención practicada.

Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna: Relación de los profesionales médicos, odontólogos y establecimientos sanitarios concertados por Cigna para el tratamiento de los asegurados que constan expresamente y en cada momento en su página web y que están vigentes en el momento de la percepción de la prestación.

Artículo 1º.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales, y mediante el pago correspondiente prima, el Asegurador se compromete a cubrir los gastos, en la forma indicada en el artículo 2º, derivados de los servicios odontológicos que éste requiera y se encuentren comprendidas en las coberturas establecidas en el artículo 2º de las presentes Condiciones Generales

Artículo 2º COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura objeto del presente seguro se proporcionará durante la vigencia de la presente póliza, en la forma establecida en los apartados 2.1 y 2.2 siguientes:

2.1 Los servicios odontológicos cubiertos **en España** por el presente seguro son aquéllos que aparecen detallados en las TARIFAS CUADRO DENTAL CIGNA. El Asegurado asume el pago personal y directo de las Franquicias indicadas en las TARIFAS CUADRO DENTAL CIGNA que correspondan a cada uno de los servicios odontológicos que aparecen en el referido documento. Las Franquicias incluidas en las TARIFAS CUADRO DENTAL CIGNA corresponden a la Comunidad Autónoma en la que se ha contratado el presente seguro y a aquellas otras que aparecen en las TARIFAS CUADRO DENTAL CIGNA. El Asegurado podrá solicitar en cualquier momento las TARIFAS CUADRO DENTAL CIGNA correspondiente a cualquier otra zona de España.

Los servicios odontológicos cubiertos **en España** por el presente seguro se prestarán en el Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna, si bien el Asegurador tiene la potestad de dar de baja, de su cuadro de dentistas recomendados, a los profesionales y/o entidades para la aplicación de tratamientos dentales, cuando lo considere oportuno. **En particular, las radiografías deberán ser prescritas por un especialista del Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna. En caso contrario, las clínicas concertadas no tienen obligación de ajustarse a las TARIFAS CUADRO DENTAL Cigna (las Franquicias).**

Los actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial, sólo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y en cualquier caso quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

2.2 **Cobertura de reembolso en España:** En esta modalidad de prestación de la cobertura, el Asegurado podrá acudir a dentistas o clínicas ubicadas en España incluidas o no en el Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna. En este caso, el Asegurador reembolsará al Asegurado las facturas por él abonadas correspondientes a servicios odontológicos detallados en el documento denominado LÍMITES MÁXIMOS DE REEMBOLSO FUERA DE CUADRO recibidos por el Asegurado, en el porcentaje y con los límites que figuran en las Condiciones Particulares. La cantidad que CIGNA vendrá obligada a reembolsar al Asegurado será la resultante de aplicar acumulativamente los mencionados límites y porcentajes, sujeto al resto de términos de esta Póliza.

El porcentaje de reembolso fijado será aplicable a la cantidad fijada como límite máximo por servicio odontológico en el documento denominado LÍMITES MÁXIMOS DE REEMBOLSO FUERA DE CUADRO entregado al Tomador, o el importe de la factura del servicio recibido, si éste es menor.

2.3 El presente seguro cubre, bajo las condiciones y limitaciones establecidas en este apartado 2.2 y en el resto de estas condiciones generales, el gasto de la asistencia odontológica al Asegurado consiente en paliar de manera temporal situaciones agudas de dolor o hemorragia o las infecciones agudas (sin constituir una cura definitiva, cuya cobertura, en su caso, se regula en el apartado 2.1 anterior), siempre y cuando fuese necesaria la prestación inmediata de asistencia y esta situación haya sido certificada por un médico. Superada la situación transitoria en la que se requiere la presente cobertura el Asegurado dejará de estar cubierta por la misma, y el tratamiento curativo quedará cubierto en los términos y condiciones previstas en el apartado 2.2 de las presente Condiciones Generales.

La presente cobertura se presta **durante las 24 horas del día, todos los días del año** tanto en dentro como fuera de España. No obstante, ha de tenerse en cuenta lo siguiente:

a) La presente cobertura se prestará, necesariamente en el Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna (durante su horario normal de apertura) o en los centros de atención permanente en aquellas localidades en las que existan, según la información indicada al Asegurado y el teléfono de atención permanente facilitado. En estos supuestos, el Asegurado no deberá hacer frente a ningún gasto por esta cobertura, que serán cubiertos directamente por Cigna. En ningún caso se reembolsará gastos pagados por el Asegurado.

b) Cuando no existan clínicas o dentistas del Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna o centros de atención permanente de los referidos en el apartado anterior dentro de la localidad en la que se encuentre el Asegurado, o cuando, a pesar de existir, no estén abiertos en el momento en que se produzca la situación que da lugar a la presente cobertura Cigna reembolsará el 50% de la factura abonada por el Asegurado, con un límite máximo de reembolso de 30,05 euros por factura, y nunca más de un caso dentro de un periodo de tres meses consecutivos. Cualquier gasto devengado por intervenciones descritas en el presente apartado 2.2 que supere los límites económicos o de frecuencia indicados, no le será reembolsado al asegurado.

Queda excluida de esta cobertura los empastes, las endodoncias, coronas y cualquier otro tratamiento o procedimiento de carácter definitivo, que deberán de ser aplicados en cualquier caso por los profesionales del Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna según el apartado 2.1 anterior.

Artículo 3º.- DELIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL RIESGO

Queda excluido de las coberturas del seguro:

3.1. Los productos farmacológicos y aquellos que estén destinados a la profilaxis dental, tales como cepillos de dientes, pastas dentífricas, seda dental, y cualesquiera otros de similares características.

3.2. Los tratamientos o intervenciones que no estén expresamente contemplados en las Condiciones de la Póliza.

3.3. Las enfermedades y accidentes ocurridos con ocasión de guerra, civil o internacional, operaciones de carácter similar, hechos de carácter político o social, actos de terrorismo, temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

3.4. Los riesgos nucleares.

Artículo 4º.- LÍMITES TERRITORIALES

La cobertura de la presente póliza es válida en España, salvo lo dispuesto para la cobertura definida en el apartado 2.2 anterior, que será de aplicación en cualquier parte del mundo, conforme a las condiciones establecidas en el referido apartado.

Artículo 5º.- BASES DEL CONTRATO

La solicitud cumplimentada por el Tomador del seguro, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta Póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados.

Si el contenido de esta Póliza difiere de la proposición de seguro, 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.

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, 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, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

Artículo 6º.- COBERTURA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO

Siempre que así se haga constar expresamente en las Condiciones de este contrato, las garantías del seguro se extenderán a los familiares dependientes del Asegurado.

6.1. Se consideran familiares dependientes:

- a) El cónyuge del Asegurado Titular o pareja con análoga relación de afectividad (no separado de hecho o judicialmente).
- b) Los hijos del Asegurado Titular o de su cónyuge o pareja con análoga relación de afectividad, con independencia de su filiación.

Ninguna de las personas que forme parte integrante del grupo asegurable podrá figurar en esta Póliza simultáneamente con carácter de Asegurado Titular y familiar dependiente.

6.2. La cobertura de familiares dependientes sólo será válida para los que estén expresamente relacionados en la solicitud del Seguro.

A estos efectos, el Tomador o el Asegurado deberán notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo familiar.

6.3. La cobertura de familiares dependientes del Asegurado cesará automáticamente:

- Al rescindir la Póliza.
- Al terminar la cobertura del Asegurado Titular de que dependan.
- En el momento en que el familiar dependiente pierda esa condición.

6.4. El Tomador del Seguro representa a los Asegurados para todas aquellas cuestiones que se deriven del contenido de la Póliza El Tomador se compromete a informar debidamente de cualquier notificación recibida en relación al presente contrato a todos los Asegurados cubiertos en cada momento por la presente Póliza.

Al Tomador del Seguro le corresponden las obligaciones derivadas del contrato salvo que por su naturaleza, o por así disponerlo expresamente esta Póliza, deban ser cumplidas por los Asegurados.

Cuando el Seguro se concierte con contribución de los Asegurados en el coste, el Tomador del Seguro se obliga al pago total del recibo sin que pueda oponer al Asegurador excepción alguna por la falta de aquella contribución.

Artículo 7º.- PERÍODOS DE CARENCIA Y PREEXISTENCIAS

7.1. En esta Póliza no se establecen períodos de carencia, por lo que su cobertura tomará efecto tan pronto como se haya pagado la primera prima.

7.2. Esta Póliza cubre bajo sus garantías las dolencias dentales preexistentes al momento de su contratación.

Artículo 8º.- PERFECCIÓN Y EFECTO DEL SEGURO

El presente contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la Póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima salvo pacto expreso en contrario en las Condiciones de la Póliza.

En caso de demora del cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Artículo 9º.- DURACIÓN DEL CONTRATO

9.1. El contrato de seguro se estipula por un año, y a su vencimiento se entenderá prorrogado por el mismo plazo y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

9.2 Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

Artículo 10º.- PRIMAS

10.1. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos.

10.2. Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, éste será fraccionario, de tal forma que cada uno de los pagos tendrá poder liberatorio. En cualquier caso, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos.

10.3. Si no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.

10.4. Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos, serán abonados a su presentación al cobro en la entidad y cuenta en la que hayan sido domiciliados.

10.5. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, 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. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

10.6. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

10.7. Si el contrato no hubiera 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 pagó su prima.

10.8. El Asegurador podrá modificar anualmente las primas y la participación del asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro, basados en el aumento del coste y la frecuencia de los servicios sanitarios y la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección de contrato u otros hechos de consecuencias similares.

El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de Prima que se produzcan por los motivos indicados en el presente artículo.

Artículo 11º.- PAGO DE LA PRESTACIÓN

11.1. Los asegurados asumirán, a su costa, los gastos que se generen por los procedimientos dentales que les sean practicados por profesionales incluidos en el Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna, conforme al baremo de franquicias vigente en el momento de la prestación, excepto los derivados de las intervenciones básicas especificadas en dicho baremo, que no tendrán coste alguno para los asegurados.

11.2. En el supuesto de procedimientos dentales referidos en el artículo 2.2 de las Condiciones Generales, los asegurados harán frente al pago de los gastos derivados de los procedimientos dentales que les sean practicados. Cigna reembolsará dichos gastos con los límites previstos en el propio artículo 2.2 de las Condiciones Generales, una vez acreditado el derecho a la prestación. El Tomador del seguro o el Asegurado están obligados a comunicar el siniestro al Asegurador dentro de los siete días a contar desde la primera cura o atención médica. Toda la información complementaria solicitada por el Asegurador deberá ser remitida por el Tomador del seguro o Asegurado en el plazo máximo de 60 días.

11.3 El pago de la prestación se realizará en España y, en todo caso, en moneda española al cambio en vigor en la fecha de liquidación del siniestro, para el supuesto de que la prestación prevista en la cobertura de urgencias haya sido realizada fuera de España.

La comunicación del siniestro deberá ser completada y firmada por el profesional que atendió al Asegurado. En caso de incumplimiento de esta obligación, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del hecho por otro medio. Toda la información complementaria solicitada por el Asegurador deberá ser remitida por el Tomador del seguro o Asegurado en el plazo máximo de 60 días.

11.4 Cigna podrá modificar las franquicias en función de las variaciones que sufra el coste de los procedimientos o tratamientos dentales cubiertos. Dichas modificaciones serán comunicadas al Tomador del seguro o Asegurado.

11.5 El Tomador deberá devolver al Asegurador las tarjetas identificativas en un plazo máximo de 24 horas desde la fecha de la baja del Asegurado. Si el Tomador no cumple con dicha obligación será responsable de los gastos incurridos por el Asegurado por servicios prestados recibidos en el Cuadro de Dentistas Concertado por Cigna.

Artículo 12º.- URGENCIAS

Según dispone el artículo 103 de la Ley del Contrato del Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia odontológica de carácter urgente.

Artículo 13º.- SUBROGACIÓN

El Asegurador, una vez pagado el reembolso de los gastos, podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón de siniestro correspondiera al Asegurado frente a las personas responsables del mismo hasta el límite de indemnización satisfecha.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado, ni otros familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que conviva con dicho Asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo, o si la responsabilidad está amparada mediante 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 al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Artículo 14º.- CONTROVERSIAS

14.1. En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la intervención practicada o sobre el importe del reembolso, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

14.2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

14.3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

14.4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiera en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

14.5. Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado el Asegurador deberá abonar dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas, y si no lo fuera, deberá abonar el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

14.6. Se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiera abonado la indemnización señalada por los peritos en el plazo de cinco días establecido en el número anterior. En este supuesto, la indemnización por mora empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador.

En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viere obligado a reclamarla judicialmente, el Asegurador reembolsará el importe de los gastos originados por el Asegurado por el proceso, a lo cual hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Artículo 15º.- COMUNICACIONES

15.1. Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del seguro o por el Asegurado, al domicilio del Asegurador, señalado en la Póliza, a sus oficinas delegadas o, en su caso, a través del agente de seguros.

15.2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos, recogidos en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

15.3. Las comunicaciones hechas por un corredor al Asegurador, en nombre del Tomador del seguro o Asegurado, surtirán los mismos efectos que si hubiera realizado directamente a éste.

15.4. Asimismo las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro o Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

15.5. El pago de primas que efectúe el Tomador del seguro a un agente de seguros del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

Artículo 16º.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben en el plazo de cinco años a contar desde que pudieran ser ejercitadas.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES

Artículo 17º.- ARBITRAJE

Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.

Artículo 18º.- COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de contrato de seguro el del domicilio del Asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Artículo 19º.- RESPONSABILIDAD

Cigna y/o empresas especializadas han seguido un riguroso proceso de selección para la confección del cuadro de profesionales y clínicas recomendados, por lo que estos gozan del más alto grado de capacitación. Cigna se reserva el derecho a realizar modificaciones en el cuadro de dentistas recomendados. Cigna no responderá de ninguna reclamación derivada de una mala praxis o de la aplicación incorrecta o defectuosa de tratamientos, siendo los profesionales y clínicas los únicos responsables ante el asegurado.

Artículo 20 .- Tratamiento y proteccion de los datos de carácter personal:

Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España (Cigna) – directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que le atiendan a través del cuadro de dentistas concertados – antes y a lo largo de la relación aseguradora – se incluirán en ficheros de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es Cigna. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Cuadro de Dentistas Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por Cigna o sociedades de su mismo grupo (Cigna European Services (UK) Limited, Sucursal en España) a quienes les pueden ser cedidos. En particular, los datos personales serán utilizados para el envío de comunicaciones publicitarias, promocionales o felicitaciones, o de contenidos relacionados con la relación aseguradora, incluidas las comunicaciones comerciales electrónicas, a los efectos del artículo 21 de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información, y para la gestión de sus clientes por parte de Cigna, al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil y de realizar, en su caso, modelos valorativos, todo ello sin perjuicio del derecho del afectado de manifestar expresamente su negativa al tratamiento o la comunicación de sus datos personales no directamente relacionados con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual, en los términos señalados a continuación. Cigna le asegura que los datos personales que nos facilite serán tratados conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. Le señalamos igualmente que Cigna podría transferir sus datos únicamente para la mejor realización de la finalidad para la que usted nos los cede a entidades que colaboran con esta compañía que pueden estar ubicadas en lugares donde el nivel de protección de los datos personales no sea del todo equivalente al existente en la Unión Europea. Sepa que usted puede, siempre que lo desee, pedir el detalle de esas compañías colaboradoras. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 -Edificio 14- Planta Baja, 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en proteccion.datos@cigna.com. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en los ficheros antes mencionados, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 21º INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

Conforme a lo dispuesto en la Ley 20/2015, de Ordenación, Supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su normativa de desarrollo, el Asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la Póliza:

- a) Que la ley aplicable a este contrato de Seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- a) Que el contrato de Seguro se celebra con Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V., Sucursal en España, con domicilio Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 Edificio 14 Planta Baja 28223 Pozuelo de Alarcón

(Madrid), que es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V. con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52 de Bruselas, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

- b) Que para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el seguro, el Tomador, Beneficiario, Asegurado o derecho habientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución:
- (i) Cualquier reclamación se dirigirá por escrito al Servicio de Atención al Cliente de Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V., Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 Edificio 14 Planta Baja 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en la dirección de correo electrónica servicio.incidencias@cigna.com.
 - (ii) Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.
 - (iii) En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

El Tomador del seguro, se compromete a facilitar a los Asegurados esta información así como cualquier otra que afecte a sus derechos y obligaciones, especialmente la relativa a la protección de datos de carácter personal, con anterioridad a su inclusión en el presente seguro.

POR EL ASEGURADOR



Fernando Campos
Director General
Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV
Sucursal en España