divinaseguros

Condiciones Generales

ASISTENCIA SANITARIA BUCODENTAL



DIVINASEGUROS.COM

divinaseguros

Índice

01 Preliminar 2

02 Definiciones 2

03 Modalidad y extensión del seguro 4

04 Descripción de cobertura 4

05 Forma de prestación de los servicios asegurados 5

06 Plazo de carencia 5

07 Exclusiones 5

08 Formalización y duración del seguro 6

09 Pago de primas 6

10 Bases de seguro 7

11 Otras obligaciones y derechos del tomador del seguro y/o asegurado 8

12 Otras obligaciones de la aseguradora 8

13 Pérdida de derechos y rescisión del contrato de seguro 9

14 Comunicaciones y jurisdicción 9

15 Tratamiento de los datos de carácter personal 10

16 Otros aspectos legales 10

Atención al cliente 11

Forma de prestar el servicio y preguntas frecuentes 12

Cómo acceder al servicio 12

Preguntas frecuentes 12

01 PRELIMINAR

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre de 1980) y demás normas que lo complementan, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y especiales del contrato. Igualmente al presente contrato le son aplicables la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

La suscripción de este contrato de seguro otorga al tomador la condición de mutualista de Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros ("Divina Seguros"). Los mutualistas pueden consultar los estatutos de la entidad en vigor en cada momento en el siguiente enlace: https://www.divinaseguros.com/doc/dY3.

Integran el presente contrato: la solicitud, las condiciones generales, particulares y especiales aparte, las cláusulas limitativas y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de Divina Seguros, con domicilio social en Valencia, calle Xàtiva, número 23, corresponde al Reino de España y, en concreto, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

02 DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entiende por:

ACCIDENTE: toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: persona física, titular del interés asegurado, con derecho a las prestaciones y coberturas aseguradas.

ASEGURADOR: entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado. Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros (en adelante, "entidad aseguradora", "Divina Seguros").

ASISTENCIA SANITARIA: asistencia o prestación médica realizada en consulta o en domicilio por un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello.

BAREMO DE FRANQUICIAS BUCODENTALES: documento complementario en el que se describen las prestaciones odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza y las franquicias establecidas.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL: cirugía propia de los huesos maxilares, mandíbula y huesos de la cara.

CLÁUSULA LIMITATIVA: acuerdo establecido en el contrato de seguro mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

CONDICIONES PARTICULARES: documento integrante de la póliza de seguro en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

CUADRO MÉDICO DENTAL: guía médica que recoge los centros y médicos concertados para la cobertura de asistencia sanitaria bucodental de la póliza y de entre los que el asegurado puede escoger libremente el que desee.

A título informativo se hace constar que se pueden producir altas y bajas puntualmente entre los médicos y centros contenidos en el mismo. En la página web de la entidad **www.divinaseguros.com** encontrará en todo momento el cuadro médico actualizado.

ENFERMEDAD: toda alteración de la salud del asegurado contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por médico legalmente habilitado para el ejercicio de su concreta especialidad. Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de la misma, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior enfermedad), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

ENFERMEDAD, LESIÓN, DEFECTO, ALTERACIÓN, CONDICIÓN O DEFORMACIÓN CONGÉNITA: es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del asegurado.

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 BUCODENTAL: importe que el tomador del seguro debe abonar al profesional sanitario o al centro médico por aquellas prestaciones de asistencia sanitaria bucodental no gratuitas que entran dentro de la cobertura. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y especialidades médicas, y su cuantía viene establecida en el baremo de franquicias bucodentales. Asimismo, dicha franquicia es inferior al precio de mercado de las prestaciones y puede ser actualizada anualmente.

HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO SANITARIO: todo establecimiento, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, atendido permanentemente por servicios médicos y de enfermería, y provisto de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones e instituciones similares.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico y que normalmente requiere la utilización de una sala de operaciones.

ODONTÓLOGO: licenciado en odontología. Profesional especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la cavidad bucal.

PÓLIZA: contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, las condiciones generales, las condiciones particulares y las condiciones especiales, si las hubiese, las cláusulas limitativas así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.

PRIMA/CUOTA: precio del seguro. El recibo de prima contendrá, además, los impuestos, tributos y recargos legalmente repercutibles.

PRÓTESIS QUIRÚRGICA: productos sanitarios permanentes o temporales que en caso de ausencia, defecto o anomalía de un órgano o una estructura corporal sustituyen o restituyen, total o parcialmente, su función fisiológica.

SINIESTRO: hecho cuyas consecuencias estén cubiertas total o parcialmente cubiertos por alguna de las garantías de la póliza. Se considera un único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

SOLICITUD DE SEGURO: formulario en el que el tomador del seguro solicita la inclusión de la/s persona/s a asegurar por el contrato y describe el riesgo con todas las circunstancias que conoce y pueden influir en la valoración de dicho riesgo.

TARJETA SANITARIA: documento, propiedad de la aseguradora, que se entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: persona física o jurídica que juntamente con la aseguradora suscribe este contrato.

TÉRMINOS ODONTOLÓGICOS

A continuación le mostramos los términos que consideramos que pueden serle de utilidad.

ALVEOLOPLASTIA: es la reparación del alojamiento óseo del diente, normalmente rellenándolo con hueso artificial.

APICECTOMÍA: eliminar quirúrgicamente la punta o ápice de la raíz de un diente.

ARTICULADOR: artilugio que reproduce los movimientos bucales.

ATACHE: enganche.

ATM (ARTICULACIÓN TÉMPORO MANDIBULAR): es la articulación de la mandíbula con el cráneo.

BRACKET - MULTIBRACKETS: piezas metálicas o cerámicas que se pegan a los dientes para enganchar los diferentes elementos de ortodoncia.

CEFALOMETRÍA: son mediciones craneales sobre una radiografía.

CIRUGÍA ORTOGNÁTICA: técnica quirúrgica que sirve para corregir graves malposiciones dentarias.

COLGAJOS: despegamiento quirúrgico de las encías.

CORDAL: muela del juicio

ENDODONCIA DESVITALIZACIÓN = "MATAR EL NERVIO": puede ser de 1, 2, 3 o más conductos, según el número de nervios que tenga la pieza dentaria.

FÉRULA: plancha o placa de material plástico que se aplica a una arcada.

FERULIZACIÓN: método o sistema de afianzamiento que evita que los dientes se muevan.

FRENECTOMÍA: eliminación del frenillo del labio o de la lengua.

FUERZAS ORTOPÉDICAS: las que ejercen los aparatos de ortodoncia sobre el hueso de los maxilares.

IMPLANTOLOGÍA ORAL: es la sustitución de las piezas que faltan mediante implantes ("tornillos") que se introducen en el hueso de los maxilares para que sujeten las prótesis (coronas, fundas, puentes, removibles...).

INCRUSTACIÓN: empaste realizado fuera de la boca por un mecánico dental o protésico.

INJERTOS ÓSEOS: es la reposición con hueso artificial o propio de los defectos maxilares.

MANTENEDOR DE ESPACIO: aparato que se pone entre los dientes para mantener el hueco del diente de leche que se ha caído, hasta que salga la muela definitiva.

MUÑÓN: es la reconstrucción de la raíz del diente con sistemas metálicos, para que pueda ser utilizado como sujeción o pilar de un puente o una corona.

OBTURACIÓN: empaste.

OCLUSIONES / ATM: tratamiento de las molestias musculares al masticar, mediante el talado de las muelas o mediante planchas (férulas) relajantes.

ODONTOLOGÍA - ESTOMATOLOGÍA: son dos titulaciones diferentes. Los dos son dentistas, pero el estomatólogo además es médico.

ODONTOSECCIÓN: extracción de la raíz enferma de una muela, conservando las sanas.

ORTODONCIA: tratamiento de las malposiciones dentarias con aparatos fijos o removibles.

ORTOPANTOMOGRAFÍA: radiografía panorámica de toda la boca.

OSTEOTOMÍA: quitar una porción o un poco de hueso.

PERIODONCIA: tratamiento y cuidado de las encías.

PRÓTESIS FIJA: sustitución de las piezas que faltan o están en muy mal estado, mediante coronas (fundas) o puentes fijados a piezas naturales o implantes.

PRÓTESIS HÍBRIDA: prótesis (dentadura) atornillada a implantes que el dentista puede desmontar fácilmente para su revisión y limpieza.

PRÓTESIS MIXTA: sustitución de los dientes o muelas que faltan mediante un aparato de "quita y pon". Estos pueden ser de resinas plásticas (acrílicos) o de estructura metálica (esqueléticos).

PULPOTOMÍA: eliminación parcial del nervio.

QUISTECTOMÍA: eliminar un quiste mediante cirugía.

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL: radiografía pequeña de los dientes.

RASPAJE Y ALISADO RADICULAR: limpieza profunda de las raíces dentales.

SOBREDENTADURA: prótesis removible anclada, sujeta a implantes.

TARTRECTOMÍA: limpieza de boca = Profilaxis.

03 MODALIDAD Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Por medio del presente contrato, y dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, Divina Seguros asume la asistencia médica de enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontología y de la especialidad de estomatología que se encuentren descritos en los servicios de la póliza, siempre que puedan ser prestados por los dentistas que figuran en el cuadro médico dental de la aseguradora de la provincia de contratación de la póliza, cuyas especialidades o exclusividades se especifican en cada caso.

Forma parte de la normativa de uso de este seguro el pago por parte del asegurado de determinadas franquicias que le permitirán acceder a ciertos tratamientos descritos en la presente póliza y de conformidad con el baremo de franquicias bucodentales vigente en el momento de la prestación.

En el presente seguro no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria.

04 DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

Los servicios y actuaciones sanitarias objeto de cobertura de este seguro son las relacionadas en las presentes condiciones generales, así como en el baremo de franquicias bucodentales establecido en el cuadro médico dental, en el que se especifica el importe correspondiente a la franquicia o servicio cubierto a cargo del asegurado.

Servicios que incluye:

4.1. **Diagnóstico oral:** examen inicial oral, diagnóstico, presupuesto, exámenes de urgencia, la consulta del profesional y posterior revisión.

4.2. **Radiografías:** incluida la periapical, oclusal, de aleta, ortopantomografía, telerradiografía, radiografía de ATM, y serie radiográfica periodontal.

Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del cuadro médico dental concertado por la entidad aseguradora, en caso contrario, las clínicas radiológicas concertadas en el cuadro médico dental, no tienen obligación de ajustarse al baremo de franquicias bucodentales vigente.

4.3. **Odontología preventiva:** consistentes en la educación de higiene dental, enseñanza en las técnicas del cepillado, planificación de dieta para el control y prevención de caries, tinción e índice de placa así como la **aplicación tópica de flúor con el límite de dos veces al año. Queda incluida una limpieza bucal al año.**

4.4. **Cirugía oral ambulatoria:** se incluye la extracción dental simple, la extracción dental con sutura, extracción de diente retenido en tejido óseo, frenectomía, quistectomía con o sin extracción dental, cirugía menor o de tejidos blandos y cirugía pre-protésica.

Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial solo podrán ser realizados por especialistas incluidos en el cuadro médico dental concertado por la entidad aseguradora y cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje. Si no fuera así, dichos tratamientos solo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y, por tanto, quedan excluidos de cobertura en esta póliza. En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

4.5. **Plan dental infantil:** destinado para cuidar la salud de todos los menores de 15 años de edad. Incluye el diagnóstico oral, las radiografías, la odontología preventiva y la cirugía oral ambulatoria. Con objeto de garantizar una correcta formación y crecimiento de la salud bucodental de los niños se incluye sellados de puntos y fisuras, obturaciones, reconstrucciones, corona prefabricada de acero inoxidable, recubrimiento pulpar indirecto, pulpotomía, apicoformación (por visita), apertura y drenaje pulpar (curas) y extracción de diente temporal.

4.6. **Servicio de urgencias odontológicas,** para atención de urgencias de etiología dental, este servicio dispone de odontólogo de guardia que puede atender cualquier consulta relacionada con la salud dental. En caso de necesidad de visita presencial, se deriva al asegurado al centro de urgencias más cercano.

Dentro de los servicios cubiertos en asistencia sanitaria hay dos tipos de servicios:

A. **SIN FRANQUICIA A CARGO DEL ASEGURADO:** En este tipo de servicios, el asegurado no debe abonar cantidad alguna al odontólogo o estomatólogo.

La asistencia sanitaria se prestará única y exclusivamente por los facultativos y centros médicos que aparecen en el cuadro médico dental correspondiente a la presente póliza, quedando excluida

de la garantía de esta póliza la asistencia prestada fuera de las consultas y centros establecidos.

Para una mejor identificación, son objeto de cobertura sin franquicia los servicios y actos médicos que se indican como "Relación de coberturas sin coste" o "sin cargo" en el baremo de franquicias bucodentales establecido en el cuadro médico dental.

B. **CON FRANQUICIA A CARGO DEL ASEGURADO:** Son objeto de cobertura con franquicia los servicios y actos que indican un importe económico en el baremo de franquicias bucodentales establecido en el cuadro médico dental, **cuyo coste será asumido directamente por el asegurado beneficiario de conformidad con el baremo de franquicias bucodentales vigente en el momento de la prestación.**

El precio fijado en dicho baremo por la actuación o tratamiento bucodental deberá abonarse directamente por el asegurado beneficiario en la consulta del odontólogo o estomatólogo.

En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del asegurado, la aseguradora comunicará a los asegurados, con anterioridad a su entrada en vigor, las nuevas franquicias establecidas para los servicios, siendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en el baremo de franquicias bucodentales

La presente cobertura no incluye las prótesis dentales, por lo que el asegurado abonará directamente al facultativo o centro médico dental el importe correspondiente a la prótesis implantada.

05 FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ASEGURADOS

a) **Todos los servicios de la póliza se realizarán de forma ambulatoria (extra-hospitalaria), siendo prestada la asistencia por los facultativos y centros médicos establecidos en el cuadro médico dental de la aseguradora de la provincia de contratación de la póliza.**

b) El seguro se basa en la libre elección de los centros y médicos concertados para la cobertura asistencia sanitaria bucodental, detallados en el cuadro médico dental de la aseguradora y de entre los que el asegurado puede escoger libremente el que desee.

c) **El derecho de libertad de elección de centro y médico supone la ausencia de cualquier clase de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la entidad aseguradora por los actos de aquellos. La entidad aseguradora no tiene capacidad de control sobre los profesionales independientes, con fundamento en el secreto profesional a que están obligados los facultativos, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad profesional sanitaria.**

A estos efectos, no cabe considerar en ningún caso, que los médicos y centros tienen vinculación laboral con Divina Seguros, no pudiendo considerarse, en ningún caso, que la actuación profesional de los mismos está dirigida o supervisada por la aseguradora, respecto de la que no existe dependencia jerárquica.

d) **La entidad aseguradora no se hace responsable:**

1. **De los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico dental concertado, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos puedan prescribir.**
2. **De los servicios concertados prestados o realizados sin su autorización cuando esta sea necesaria o preceptiva.**

e) Forma parte de la normativa de uso de este seguro el pago por parte del asegurado de unas determinadas franquicias que le permitirán acceder a determinadas prestaciones descritas en la póliza.

f) El importe de las franquicias podrá ser actualizado por la aseguradora, de conformidad con la descripción de los servicios con franquicia y en la cláusula 4.b de este condicionado general.

06 PLAZO DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la entidad aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato de seguro para cada uno de los asegurados.

07 EXCLUSIONES

En cualquier caso, y además de las exclusiones específicas contenidas a lo largo del contrato, quedan excluidos de las coberturas de la póliza:

a) **Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).**

b) **La asistencia sanitaria en lesiones por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.**

c) **La asistencia sanitaria que esté cubierta por un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o un seguro obligatorio de vehículos de motor, según sus legislaciones específicas.**

d) **La presente póliza no incluye las prótesis dentales, por lo que el asegurado abonará directamente al facultativo o centro médico dental el importe correspondiente a la prótesis implantada.**

e) Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial, solo podrán ser realizados por especialistas incluidos en el cuadro médico dental concertado por la aseguradora y cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje. Si no fuera así, dichos tratamientos solo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y, por tanto, quedan excluidos de cobertura en esta póliza. En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

f) En general, cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos ni contemplados expresamente en las condiciones generales, condiciones particulares y/o especiales de la póliza, si las hubiese, así como apéndices o suplementos que se emitan.

08 FORMALIZACIÓN Y DURACIÓN DEL SEGURO

8.1. El contrato de seguro y sus modificaciones entran en vigor una vez haya sido perfeccionado el contrato y satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora establecido en las condiciones particulares de la póliza.

8.2. **El seguro se estipula por el periodo previsto en las condiciones particulares de la póliza y, salvo pacto en contrario, su duración se ajusta al año contractual.**

La póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita dirigida a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

8.3. **La aseguradora podrá ejercer su derecho de rescisión del contrato en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del asegurado o de existencia de inexactitud, dolo o culpa en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro, así como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, puedan ser efectuadas por el tomador y/o asegurado.**

8.4. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar de la entidad aseguradora 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.

8.5. **Respecto de los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza, el contrato de seguro se extingue:**

a) **Por fallecimiento.**

b) **En el caso de que los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza sean los familiares del tomador del seguro, se extingue cuando dejen de convivir con el citado de manera habitual, hecho que deberán comunicar a Divina Seguros. Si dichos familiares contratan esta misma póliza de asistencia sanitaria bucodental dentro del plazo de un mes desde el cese de la convivencia comunicada, Divina Seguros mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquiridos.**

c) **Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o por no residir en el territorio del Reino de España un mínimo de ocho meses al año.**

09 PAGO DE PRIMAS

9.1. El tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario establecido en las condiciones particulares. El tomador del seguro deberá entregar a Divina Seguros los datos de la cuenta corriente o de ahorros en la que se domiciliarán los recibos del presente seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

9.2. Asimismo, de conformidad con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible una vez firmado el contrato. Las sucesivas primas o fracciones se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

9.3. Si la primera prima o fracción de esta, en su caso, no hubiera sido satisfecha, Divina Seguros se reserva el derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago de la misma en vía ejecutiva, con base en la póliza de seguro. En todo caso, si la prima o fracción no ha sido pagada en el momento de producirse el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

9.4. La prima del seguro es anual. En caso de fraccionamiento de pago de la cuota anual en los términos establecidos en las condiciones particulares, se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa, no pudiendo entenderse, en ningún caso, que la prima ha sido abonada en su totalidad si el importe satisfecho no es el correspondiente al de la prima total, sin perjuicio de que la fecha de efectos de la póliza se adapte a la anualidad contractual, de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de la presente estipulación.

9.5. **En caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de primas siguientes, la cobertura quedará suspendida desde el mes siguiente al día de su vencimiento hasta el transcurso de seis meses. De esta manera, el impago de una fracción de la cuota anual llevará aparejada la suspensión de los derechos derivados de la condición de asegurado, permaneciendo en esta situación hasta transcurridos seis meses desde el vencimiento de la fracción de cuota.**

Si Divina Seguros no reclamase el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

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 pagó su prima.

El tomador del seguro/asegurado perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiese pactado, cuando se produzca el impago de cualquiera de los recibos a su vencimiento, produciéndose el vencimiento anticipado y siendo exigible, desde ese mismo momento, la prima total acordada para el periodo del seguro en curso. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

9.6. En caso de extinción anticipada del contrato, imputable al tomador del seguro, la parte de la prima anual no consumida corresponderá al asegurador.

9.7. La aseguradora solo queda obligada por los recibos librados por Divina Seguros. El único documento válido para justificar el pago es el recibo emitido por la aseguradora.

No tendrán carácter liberatorio las cantidades pagadas a correduría, salvo que este solicite del asegurador la emisión del correspondiente recibo.

9.8. La prima se determinará en el momento de entrada en vigor de la póliza, teniendo en consideración el número de asegurados y edad de los mismos. Si la cobertura se contrata una vez iniciado el año contractual, la prima será prorrateada por los días y meses que resten hasta el 31 de diciembre. Asimismo, la incorporación o baja de algún asegurado durante la vigencia del seguro producirá automáticamente el recálculo de la prima.

9.9. En cada renovación del contrato de seguro, Divina Seguros podrá modificar la prima anual y el coste por acto médico (franquicia) en función de los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes de los servicios asistenciales sanitarios y en las innovaciones médicas que sea necesario incorporar en la póliza.

Se aplicarán las tarifas que Divina Seguros tenga en vigor en la fecha de la renovación, tarifas que podrán variar en función de la edad de la persona asegurada.

Además de lo previsto en este apartado, Divina Seguros podrá establecer grupos de edad para la aplicación de las tarifas de prima. En este caso, si el asegurado cumple durante el año en curso una edad comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en la anualidad siguiente.

Divina Seguros no está sujeta a límite alguno en las variaciones anuales de la prima. La prima responderá a los principios de suficiencia, equidad y equilibrio conforme a la normativa reguladora del seguro.

9.10. El tomador del seguro, una vez recibida la comunicación de la variación de la prima con respecto a la anualidad siguiente, podrá optar entre la prórroga del contrato o la extinción del mismo al vencimiento del año en curso.

En caso de optar por la prórroga del contrato se entiende que el tomador del seguro acepta las nuevas condiciones económicas.

En caso de optar por la extinción del contrato al vencimiento del mismo, el tomador del seguro deberá notificar por escrito a Divina Seguros, al menos, con un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, su voluntad expresa de dar por finalizada la relación contractual al término de la misma.

10 BASES DEL SEGURO

10.1. El presente contrato de seguro se basa tanto en las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado contenidas en la solicitud del seguro, previamente presentado por la aseguradora, como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, pueden ser efectuadas por aquellos, siendo datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza, que **solo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos especificados en la misma.**

En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del tomador del seguro y el asegurado, la aseguradora podrá rescindir la póliza mediante declaración dirigida al tomador del seguro o al asegurado en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurado, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con dolo o culpa grave. Si no media dolo o culpa grave, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la

prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

10.2. Durante la vigencia del contrato, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, deberán comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en la solicitud de seguro que 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.

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En caso de aceptar el asegurador la agravación del riesgo, el tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, hasta el momento en que sea satisfecha dicha prorrata de prima, la cobertura del seguro se extenderá a las circunstancias declaradas.

Asimismo, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y/o el beneficiario podrán poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

11 OTRAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

11.1. El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio del tomador del seguro y/o del asegurado.

b) Comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible, todas las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas al día siguiente de la fecha de comunicación efectuada por el tomador y/o asegurado y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

c) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la entidad aseguradora u obtener un lucro adicional, liberará a la aseguradora de toda prestación derivada del siniestro.

d) Otorgar y facilitar la cesión de los derechos o subrogación a favor de la entidad aseguradora que, debido al siniestro causado, puedan corresponder al tomador del seguro y/o asegurado frente a las personas responsables del mismo, por el importe de la prestación sanitaria.

El tomador del seguro y/o asegurado se obligan a suscribir a favor de la entidad aseguradora cuantos documentos sean necesarios para facilitar la subrogación.

e) Cuando la asistencia prestada al asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la entidad aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El asegurado o, en su caso, el tomador, vendrán obligados a facilitar a la aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

11.2. Para la utilización de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por la presente póliza, el asegurado deberá presentar la tarjeta entregada por la entidad aseguradora.

La tarjeta de asistencia sanitaria entregada a cada asegurado incluido en la póliza es propiedad única y exclusiva de la aseguradora, siendo su uso personal e intransferible por parte de cada asegurado. El uso indebido de la tarjeta sanitaria puede constituir fraude. En caso de incidencias, pérdida, sustracción, deterioro, extravío o robo, el asegurado deberá comunicarlo a la aseguradora en el plazo máximo de 72 horas.

En tales casos, la aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraida o deteriorada.

La aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

12 OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

12.1. Además de prestar la asistencia médica contratada, la entidad aseguradora entregará al tomador del seguro la póliza misma 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 y demás documentos que haya suscrito el tomador.

En caso de extravío de la póliza, la aseguradora, a petición del tomador del seguro y en su defecto del asegurado, tendrán obligación de expedir copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original.

12.2. La aseguradora entregará también al tomador del seguro la tarjeta de asistencia sanitaria dental personal correspondiente a cada uno de los asegurados incluidos en la póliza y el cuadro médico dental correspondiente a su zona de residencia, con especificación de las direcciones y horarios de los profesionales sanitarios concertados.

La tarjeta sanitaria individual contendrá los siguientes datos: nombre y apellidos del asegurado, año de nacimiento, fecha de antigüedad de la póliza y modalidad de póliza contratada.

El cuadro médico dental podrá ser actualizado anualmente por la aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del tomador del seguro y/o asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren de alta en la fecha de solicitud de la asistencia sanitaria. No obstante lo anterior, el tomador del seguro o el asegurado pueden consultar en cualquier momento el cuadro médico dental actualizado que figura en la página web de la entidad aseguradora www.divinaseguros.com.

13 PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

13.1. El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo han comunicado previamente a la entidad aseguradora.

b) Si en el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima o la primera prima rectificada en caso de modificación, salvo que se pacte expresamente lo contrario.

c) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro.

En todo caso, el asegurador podrá rescindir el contrato de seguro en el plazo de un mes a contar desde el momento en que se conociera de forma fehaciente, la reserva o inexactitud del tomador del seguro o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

13.2. Si el tomador del seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de alguno o algunos asegurados, la entidad aseguradora solo podrá rescindir el contrato de seguro si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los limites de admisión establecidos por la aseguradora.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador del seguro vendrá obligado a abonar a la entidad aseguradora la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a la aseguradora en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas aplicables, le hubiere correspondido abonar en concepto de prima, según su verdadera edad.

Si la prima pagada por el tomador del seguro como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento hubiese sido superior a la que debería de haberse abonado, la aseguradora estará obligada a reintegrar al tomador del seguro el importe correspondiente por el exceso percibido de conformidad con las tarifas que resultaran aplicables.

14 COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

14.1. Las comunicaciones a Divina Seguros por parte del tomador del seguro o asegurado se realizarán en el domicilio social o dirección de correo electrónico de la aseguradora que figure en la póliza, pero si se realizan a un agente o a un representante de ella, surtirán los mismos efectos que si estos las hubieran efectuado directamente a esta, conforme dispone el artículo 146 del Real Decreto 3/2020, de 4 de febrero, de distribución de seguros.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador del seguro o asegurado al corredor de seguros, no se entenderán realizadas a la entidad aseguradora.

14.2. Por su parte, las comunicaciones realizadas por Divina Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos recogidos en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

14.3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso se precisará el consentimiento expreso y escrito del tomador de seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el vigente.

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

15 TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Protección de datos de carácter personal

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros ("Divina Seguros") Calle Xàtiva, n.º 23. 46002, Valencia.
Delegado de protección de datos	protecciondedatos@divinaseguros.com
Finalidad	Gestión y desarrollo del contrato de seguro, incluida la comunicación de datos personales a mediadores, otras entidades aseguradoras y a terceros colaboradores o proveedores de servicios; gestión administrativa, contable, fiscal y de facturación; gestión de quejas y conflictos; prevención del fraude y blanqueo de capitales. Envío de ofertas publicitarias o promocionales de Divina Seguros, incluido perfilados. Comunicación de los datos a las empresas del Grupo Divina Seguros para el envío de ofertas publicitarias o promocionales, incluido perfilados. Comunicación de los datos a las empresas del Grupo Divina Seguros con finalidades de supervisión, y a ficheros comunes del sector y otros legalmente establecidos. Perfilado con fines actuariales y análisis de mercados objetivos.
Legitimación	Ejecución de las relaciones precontractuales y contractuales. Obligación legal. Consentimiento del interesado. Interés legítimo. Interés público.
Destinatarios	Proveedores de servicios, incluido el reaseguro y/o coaseguro. Mediadores de seguros. Entidades financieras y bancarias. Administración Pública y/o judicial. Empresas del Grupo Divina Seguros. Ficheros comunes del sector.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos personales en la Política de Privacidad de nuestra página web: http://www.divinaseguros.com/corporativo/politica-de-privacidad.aspx

16 OTROS ASPECTOS LEGALES

16.1. CONTRATACIÓN A DISTANCIA

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, Divina Seguros pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a Divina Seguros dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir. En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

16.2. GRABACIÓN DE CONVERSACIONES TELEFÓNICAS

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autorizan a Divina Seguros para que, si la aseguradora lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes.

Las grabaciones telefónicas de contrataciones, solicitudes de prestaciones y bajas se conservarán durante los plazos de prescripción de las acciones legales. En todo caso, la aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado puede solicitar copia del contenido de las citadas grabaciones.

16.3. ATENCIÓN AL CLIENTE, QUEJAS Y RECLAMACIONES

Divina Seguros, de conformidad con la legislación vigente (ORDEN ECO 734/2004, de 11 de marzo), dispone de un departamento de atención al asegurado al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones. A tal fin existe a su disposición en la página web de Divina Seguros un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Este departamento atiende las quejas y reclamaciones de las entidades aseguradoras que forman el Grupo Divina Seguros.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al Departamento de Atención al Asegurado por cualquiera de los siguientes medios:

a) Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Seguros.

b) Por correo postal remitido al apartado de correos 1280, 46080, Valencia, con la referencia "Departamento de Atención al Asegurado".

c) Por correo electrónico a la dirección reclamaciones@divinaseguros.com.

d) A través de la página web de Divina Seguros.

El Departamento de Atención al Asegurado acusará recibo por escrito de las mismas y tiene la obligación de resolver de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes contado desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el citado departamento.

Asimismo, los interesados podrán interponer posteriormente reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en el Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid, o telemáticamente http://www.dgsfp.mineco.es/es/Consumidor/Reclamaciones/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de entrada de la reclamación o queja en el Departamento de Atención al Asegurado sin que este haya resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero, normativa que ha sido desarrollada por la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, cuya disposición final undécima modifica el artículo 30 de la Ley 44/2002.
- Orden ECC 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Artículo 97 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras.
- Ley 7/2017, de 2 de noviembre, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/11/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, del 21 de mayo de 2013, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo.

Asimismo, se regirá por cuantas normas legales ulteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomiendan a la autonomía de la voluntad, se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio departamento.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados, en todo caso, podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción que corresponda.

16.4. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, conforme dispone el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

16.5. RECARGOS E IMPUESTOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del tomador del seguro y/o asegurado.

ATENCIÓN AL CLIENTE

Divina Seguros dispone de un servicio de atención al cliente para facilitar a sus mutualistas y asegurados las consultas relacionadas con todos nuestros servicios. En caso de urgencia odontológica este servicio dispone de odontólogo de guardia que puede atender cualquier consulta relacionada con la salud dental.

Atención al cliente	
De 8h a 21h lunes a viernes	**963 113 340** **935 171 987** *(catalán)* atencion.clientes@divinaseguros.com

Servicio de urgencias dentales	
De 24h/365 días	**917 880 202**

FORMA DE ACCESO A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. La entidad aseguradora entregará al tomador del seguro la tarjeta de asegurado como elemento identificativo para cada beneficiario y un ejemplar del cuadro médico dental concertado, así como el baremo de franquicias bucodentales en vigor de la póliza, con el detalle de los servicios médicos concertados y sus direcciones.
2. El asegurado ha de llamar directamente al teléfono del profesional o centro elegido del cuadro médico dental para la asignación de la visita, indicando ser asegurado de Divina Seguros.
3. Al acudir a su cita deberá llevar y acreditar su identidad con su tarjeta sanitaria dental personalizada, de forma que el odontólogo pueda identificarle como cliente. Con ella podrá acceder a todas las especialidades odontológicas cubiertas según el cuadro médico dental concertado por la aseguradora.
4. Tras la consulta, el facultativo le efectuará un diagnóstico para poder prepararle un presupuesto de acuerdo al baremo de franquicias bucodentales.
5. Una vez aceptado el presupuesto por el asegurado, se procederá a la planificación del tratamiento y la forma de pago (la totalidad, cantidad a cuenta) según costumbre de la clínica, y solo de los actos con cargo para el asegurado.
6. Finalizado el tratamiento se emitirá, por parte del especialista y/o clínica, una factura que será su fundamento de garantía de la prestación recibida.

CÓMO ACCEDER AL SERVICIO

El asegurado deberá seguir los siguientes pasos:

1. Elegir libremente el especialista entre el cuadro médico dental.
2. Llamar por teléfono, identificándose como beneficiario de Divina Seguros, solicitando cita a cualquiera de las clínicas asociadas.
3. En la clínica, y antes de cualquier actuación, deberá acreditar su identidad con su tarjeta dental Divina Seguros.
4. El dentista realizará un diagnóstico, y le hará un presupuesto de acuerdo al baremo de franquicias bucodentales en vigor.
5. Al terminar el tratamiento, y en virtud de la forma de pago que usted haya acordado con el especialista, le será entregada una factura que le servirá como instrumento de garantía.

PREGUNTAS FRECUENTES

SOBRE EL CONTRATO

¿Qué es un condicionado?

El condicionado, también llamado "condiciones generales" y/o "condiciones particulares", es un contrato que recoge los derechos y obligaciones de Divina Seguros y de los del asegurado o persona que contrata el seguro.

¿Cuál es el objeto del seguro?

Divina Seguros dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza se compromete a facilitar al asegurado la cobertura de asistencia bucodental que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la descripción de las coberturas de la póliza, previo pago de la prima correspondiente y en la forma y con los límites que se establecen en el condicionado general y en el particular.

¿Qué es el cuadro médico de la compañía?

Es el conjunto de centros médicos y odonto estomatólogos dados de alta en la compañía.

Las consultas de cuadro médico dental se realizarán a través de la página web de internet www.divinaseguros.com o mediante la descarga la App de Divina Seguros para su smartphone.

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?

No es necesario. Los contratos se prorrogan automáticamente cada año, a no ser que una de las partes no lo desee y lo comunique por escrito en los términos de la legislación vigente.

PAGO DEL SEGURO

¿Qué quiere decir que el contrato es anual, si se paga todos los meses?

La duración del contrato establecido en la póliza es anual, lo cual es compatible con el pago mensual de la prima. También puede optarse por un pago trimestral, semestral o anual.

El fraccionamiento de la prima no supone coste adicional para el tomador del seguro.

PRESTACIONES SANITARIAS

¿Qué tratamientos están cubiertos por la póliza de asistencia bucodental de Divina Seguros?

Todos aquellos tratamientos propios de la odontología y de la especialidad estomatológica que se encuentran codificados en el baremo de franquicias bucodentales y

siempre que puedan ser prestados por los dentistas que figuran en el cuadro médico dental, cuyas especialidades o exclusividades se especifican en cada caso.

¿Qué coberturas hay en asistencia bucodental?

Esta póliza tiene incluida la asistencia dental completa con actos gratuitos y actos franquiciados. Entre los actos gratuitos se cubren el diagnóstico oral, el servicio de urgencias dentales, las radiografías, la odontología preventiva, la cirugía oral ambulatoria y un plan dental infantil para menores de 15 años de edad, a través del cuadro médico dental al que puede acceder desde www.divinaseguros.com

¿Qué tratamientos y gastos quedan excluidos de la póliza de asistencia bucodental de Divina Seguros?

Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial, sólo podrán ser realizados por especialistas incluidos en este cuadro médico dental cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje. Si no fuera así, dichos tratamientos solo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y, por tanto, quedan excluidos de la póliza de asistencia bucodental de Divina Seguros. En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del cuadro médico dental de Divina Seguros. En caso contrario, las clínicas radiológicas no tienen obligación de ajustarse al baremo de franquicias bucodentales.

¿Cómo se aplica el baremo de franquicias bucodentales?

Los precios que figuran en el baremo son precios máximos, es decir, el precio que le cobrarán nunca podrá ser superior al que figura en dicho baremo.

En el caso que el precio privado de la clínica sea inferior, se le deberá aplicar siempre el precio más económico.

Para aquellos tratamientos que están baremados sin cargo no se les cobrarán.

¿Qué debe hacerse para presentar una reclamación o una queja?

Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al departamento de Atención al Asegurado de Divina Seguros.

- Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Seguros.
- Por correo postal remitido al apartado de correos 1280, 46080, Valencia, con la referencia "Departamento de Atención al Asegurado".
- Por correo electrónico a la dirección reclamaciones@divinaseguros.com.
- A través de la página web de Divina Seguros.

Asimismo, puede enviarla al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. En este caso, es necesario haber reclamado previamente ante el Departamento de Atención al Asegurado de Divina Seguros.

¿Se puede ir al dentista al día siguiente de contratar la póliza dental?

Se puede ir desde el primer día en que entra en fecha efecto de la póliza.

Necesito un dentista con urgencia, ¿qué puedo hacer o dónde puedo acudir?

Al servicio de urgencias odontológicas, 365 días al año, llamando al teléfono 917 880 202, este servicio dispone de odontólogo de guardia que puede atender cualquier consulta relacionada con la salud dental. En caso de necesidad de visita presencial, se deriva al asegurado al centro de urgencias más cercano.

divinaseguros

Atención al Cliente **963 113 340**

atencion.clientes@divinaseguros.com

Apdo. de Correos 1280
46080 Valencia

GENERALES_DENTAL_ES_0826

www.divinaseguros.com