



Condiciones Generales

Seguro de Asistencia Dental Reembolso



Índice.

Información legal del Asegurador - pág. 3.

Definiciones - pág. 3.

Artículo 1. Objeto - pág. 4.

Artículo 2. Coberturas del seguro - pág. 4.

2.1. Cobertura de Reembolso - pág. 4

2.2. Cobertura fuera de España - pág. 4.

Artículo 3. Períodos de carencia y preexistencias - pág. 4.

Artículo 4. Exclusiones - pág. 4.

Artículo 5. El contrato de seguro - pág. 5.

5.1. Documentación y formalización del contrato
de seguro y deber de información - pág. 5.

5.2. Condiciones de inclusión en el seguro - pág. 5.

5.3. Duración del contrato - pág. 5.

5.4. Subrogación - pág. 5.

5.5. Prescripción - pág. 6.

5.6. Comunicaciones - pág. 6.

Artículo 6. Deberes y obligaciones del Asegurado - pág. 6.

6.1. Primas - pág. 6.

6.2. Pago de la prestación - pág.6.

6.3. Colaboración en la tramitación - pág. 7.

6.4. Impuestos y recargos - pág. 7.

Artículo 7. Obligaciones del Asegurador - pág. 7.

7.1. Prestación de la cobertura - pág. 7.

7.2. Información al Tomador del Seguro - pág.7.

7.3. Protección de datos de carácter personal - pág. 8.

Artículo 8. Reclamaciones - pág. 9.

8.1. Controversias - pág. 9.

8.2. Arbitraje - pág. 9.

8.3. Competencia de jurisdicción - pág. 9.

Artículo 9. Aceptación expresa. Constancia de recibo de información - pág. 9.

Condiciones Generales

Seguro de Asistencia Dental Reembolso

Información legal del Asegurador

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, con domicilio social en Pozuelo de Alarcón (28223 Madrid), Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1- Edificio I4, Planta Primera (en adelante Cigna Healthcare).

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8, Hoja M-III84; NIF: W-0021205J.

Inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número EOI33. Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Plantin en Moretuslei 309, 2140 Amberes, 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.

La autoridad de control con respecto a la actividad Aseguradora en España corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones adscrita al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

Las presentes Condiciones Generales serán de aplicación a todos los contratos de seguro de Asistencia Dental, sin perjuicio de las Condiciones Particulares y, en su caso, de las Condiciones Especiales que sean de aplicación, si las hubiere. En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, las Condiciones Especiales aplicables prevalecerán sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Generales.

Definiciones

A los efectos del presente contrato de seguro de Asistencia Dental, se entenderá por:

- **Asegurado.** Persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y quien, en defecto del Tomador del Seguro, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.
- **Asegurado Dependiente.** Cónyuge/pareja de hecho del Asegurado Titular, y/o hijos del Asegurado Titular o su cónyuge/pareja de hecho.
- **Asegurado Titular.** Asegurado que asume personalmente las obligaciones de la Póliza en defecto del Tomador del Seguro.
- **Carencia.** Periodo de tiempo contado desde la fecha de inicio de la Póliza, durante el cual no son efectivas algunas coberturas.
- **Familiares Dependientes.** Se consideran familiares dependientes a efectos de la Póliza:
 - a. Al 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.
- **Médico.** Doctor, licenciado o máster en medicina legalmente titulado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las Enfermedades o Lesiones odontológicas.
- **Médico Estomatólogo.** Doctor, licenciado o máster en medicina legalmente titulado y autorizado, Especialista en el estudio de la boca y el tratamiento de sus dolencias.
- **Odontólogo.** Especialista en el estudio de los dientes y el tratamiento de sus dolencias, legalmente titulado y autorizado.
- **Póliza.** Es el contrato del seguro. Se trata de un documento que contiene las condiciones reguladoras del contrato del seguro y que está integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, la solicitud del seguro y el Cuestionario de Salud, así como los suplementos, anexos o apéndices que se emitan.
- **Prima.** Precio del seguro. Incluirá los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. La Prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.
- **Profesional Sanitario.** Profesional de la salud que posee conocimientos y habilidades propias de la atención a la salud, organizado por medio de colegios profesionales oficiales y que están en posesión del correspondiente título oficial que les habilite expresamente para ello.
- **Siniestro.** Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.
- **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.

- › **Tomador del Seguro.** Es la persona, física o jurídica, que contrata el seguro por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones y los deberes que derivan del mismo, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Si el Tomador del Seguro también tiene la condición de Asegurado, será considerado como Asegurado Titular.
- › **Urgencias.** Situación que implica la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del Asegurado que la sufre, de tal manera que la ausencia de Asistencia Sanitaria en ese momento pone en peligro inmediato la vida del Asegurado o la función de algún órgano.

Artículo 1. Objeto

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

Artículo 2. Coberturas del seguro

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

2.1. Cobertura de Reembolso.

En esta modalidad de prestación de la cobertura, el Asegurado podrá acudir a dentistas o Clínicas Dentales ubicadas en España. En este caso, el Asegurador reembolsará al Asegurado las facturas por él abonadas correspondientes a servicios odontológicos, con los límites establecidos en la Condiciones Particulares de la póliza.

2.2. Cobertura fuera de España.

El presente seguro cubre, bajo las condiciones y limitaciones establecidas en este apartado 2.2. y en el resto de estas condiciones generales, el 50% del gasto de la asistencia odontológica al Asegurado prestada fuera de España, consiente en paliar de manera temporal situaciones agudas de dolor o hemorragia o las infecciones agudas (sin constituir una cura definitiva), siempre y cuando fuese necesaria la prestación inmediata de asistencia y esta situación haya sido certificada por un médico. La presente cobertura tiene **un límite de reembolso de treinta euros (30 €) por factura, y nunca más de un caso dentro de un periodo de tres meses consecutivos.**

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 2.1. de las presente Condiciones Generales, siempre y cuando se presten en España. Igualmente, queda excluida de esta cobertura los empastes, las endodoncias y coronas.

Cualquier gasto devengado por servicios odontológicos prestados al Asegurado fuera España que supere los límites económicos o de frecuencia indicados, no le será reembolsado al Asegurado.

Artículo 3. Periodos de carencia y preexistencias

- a. En esta Póliza no se establecen periodos de carencia, por lo que su cobertura tomará efecto tan pronto como se haya pagado la primera Prima.
- b. Esta Póliza cubre bajo sus garantías las dolencias dentales preexistentes al momento de su contratación.

Artículo 4. Exclusiones

Quedan excluidas de las coberturas del seguro:

- a. 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.
- b. Los tratamientos o intervenciones que no estén expresamente contemplados en las Condiciones de la Póliza.
- c. 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.
- d. Los riesgos nucleares.

Referencias a la ley de contrato de seguro

Artículo 5. El contrato de seguro

5.1. Documentación y formalización del contrato de seguro y deber de información.

El Tomador del Seguro tiene la OBLIGACIÓN, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Teniendo en cuenta la anterior obligación, la presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y/o por el Asegurado en el boletín de adhesión o solicitud de seguro y en cualesquiera otros medios de transmisión de información admitidos por Cigna Healthcare y aceptados por el Asegurado, incluyendo expresamente la contratación electrónica y telefónica. Dichas declaraciones constituyen la obligación fundamental del Tomador del Seguro y /o Asegurado de declaración del riesgo y por tanto constituyen un elemento esencial del contrato y la base para la formalización del mismo.

El Tomador del Seguro tiene el deber y la obligación de firmar todos y cada uno de los documentos que integran la Póliza y entregar un ejemplar firmado al Asegurador.

El seguro produce efectos una vez firmada la Póliza y satisfecha la Prima correspondiente.

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

Una vez formalizado el contrato y durante el curso del mismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declarados en el momento de la contratación de la Póliza, 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.

En ningún caso se considera agravación del riesgo la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, por lo que no ha de ser informada al Asegurador.

5.2. Condiciones de inclusión en el seguro.

No podrán adherirse al seguro personas de edad igual o superior a 64 años, o la edad que en su caso se fije en las Condiciones Particulares o Especiales.

El Asegurador y el Tomador del Seguro podrán pactar condiciones de inclusión adicionales que figurarán en las Condiciones Particulares.

El Asegurador se reserva el derecho a rechazar la inclusión en el seguro o a limitar o excluir algunas de sus coberturas, sobre la base de las declaraciones realizadas en cualquier documento facilitado al efecto y, en su caso, del reconocimiento médico.

A los efectos del presente contrato, se considera residente en España al Asegurado que permanezca en territorio español más de 183 días seguidos.

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

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.

5.3. Duración del contrato.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se entenderá automáticamente prorrogado por un plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de la anualidad en curso.

Tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador podrán oponerse a la prórroga del seguro mediante una notificación escrita a la otra parte, remitida con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la fecha de la conclusión de la cobertura del periodo inicial o de la prórroga anual, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

5.4. Subrogación.

El Asegurador, una vez prestada la Asistencia Dental objeto del presente contrato, podrá ejercitar los derechos y acciones que, por razón de la Enfermedad o Accidente, correspondiera al Asegurado frente a las personas responsables del mismo o los organismos públicos o entidades que legal o reglamentariamente estuviesen obligados a su cobertura en virtud de aseguramiento obligatorio o voluntario, hasta el límite del coste de la Asistencia Dental 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.

5.5. Prescripción.

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

5.6. Comunicaciones.

Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del Seguro/Asegurado, al domicilio social de éste o a cualquiera de sus oficinas u otra dirección telemática expresamente designada por el Asegurador para determinadas comunicaciones, siempre que así conste expresamente.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos indicado en la Póliza y/o dirección de correo electrónico u otro medio telemático, cuando ello sea compatible con el contenido y formato de la comunicación.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros o correduría al Asegurador, en nombre del Tomador del Seguro o del Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de los mismos. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del Tomador del Seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el Tomador o el Asegurado al corredor de seguros o correduría no se entienden realizadas al Asegurador hasta que sean recibidas por éste.

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.

El Asegurador solicitará el consentimiento del Tomador del Seguro y/o el Asegurado para grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente Póliza con el fin de utilizarlas en sus procesos de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

Tienen idénticos efectos que las comunicaciones recibidas las realizadas por escrito que hayan sido rehusadas, las certificadas no recogidas en la Oficina de Correos y las que no lleguen a su destino por haber cambiado el domicilio sin haberlo notificado de forma fehaciente al Asegurador.

Artículo 6. Deberes y obligaciones del Asegurado

6.1. Primas.

El Tomador del Seguro pagará al Asegurador la Prima en la forma y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Si se pacta el pago fraccionado de la Prima anual, el Tomador del Seguro estará obligado al pago del primer plazo en el momento de la perfección del contrato. Las Primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos. El fraccionamiento de pago de la Prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la Prima.

Si por culpa del Tomador del Seguro 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.

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes, o de cualquiera de sus fracciones si se ha pactado el pago fraccionado de la Prima, 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 correspondiéndole la fracción de prima del tiempo que haya estado suspendida la cobertura.

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 del Seguro pagó la Prima (o fraccionamiento/s pendiente/s).

El Asegurador, previa comunicación al Tomador del Seguro con dos meses de antelación al vencimiento del periodo en curso, podrá modificar anualmente las Primas fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro de los siguientes conceptos: el incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, el aumento de la siniestralidad, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

El Tomador del Seguro, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro con las nuevas Primas establecidas por el Asegurador para la siguiente anualidad, o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar al Asegurador con un mínimo de un mes de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza su voluntad de no prorrogar el contrato.

6.2. Pago de la prestación.

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 Healthcare 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.

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.

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 Dental Concertado por Cigna Healthcare.

6.3. Colaboración en la tramitación.

En caso de Siniestro cubierto por este contrato de seguro, el Tomador del Seguro y /o el Asegurado estarán obligados a cooperar con el Asegurador en aminorar todas las consecuencias del mismo, así como a comunicar inmediatamente al Asegurador su ocurrencia, circunstancias y posibles consecuencias.

El Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de Médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesaria para la verificación del Siniestro, autorizando la entrega al Asegurador de cuantos documentos relacionados con la cobertura de la Póliza solicite.

Toda la información complementaria solicitada por el Asegurador para la comprobación del Siniestro deberá ser remitida por el Tomador del Seguro o Asegurado en el plazo máximo de sesenta (60) días desde la ocurrencia del siniestro.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán remitir al Asegurador junto con la comunicación del Siniestro, el informe médico que especifique el diagnóstico y naturaleza de la Enfermedad, cuando así lo requiera el Asegurador. Los documentos se presentarán en la forma y con el contenido requerido por el Asegurador.

El Asegurado, deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del Médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del Siniestro.

El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen. Si concurren dolo o culpa grave por parte del Tomador del Seguro y/o Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su obligación de indemnizar.

6.4. Impuestos y recargos.

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deben de pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del Seguro o del Asegurado.

Artículo 7. Obligaciones del Asegurador

7.1. Prestación de la cobertura.

En esta modalidad de prestación de la cobertura, el Asegurado podrá solicitar las prestaciones dentales cubiertas en su Póliza de Dentistas o Clínicas Dentales de su elección. El Asegurador reembolsará al Asegurado las facturas por él abonadas, en el porcentaje y con los límites y condiciones establecidos en las Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales, apéndices, suplementos y anexos de esta Póliza, en su caso. El Asegurado deberá, necesariamente, remitir al Asegurador la factura original de los honorarios satisfechos a fin de determinar la cuantía del reembolso, cumplimentar el formulario de solicitud de reembolso preparado por el Asegurador al efecto y, en su caso, facilitar aquella información adicional que le sea requerida para comprobar el Siniestro y/o la Asistencia Sanitaria prestada. En este supuesto, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar el Siniestro al Asegurador en el plazo máximo de siete (7) días a contar desde la primera Asistencia Sanitaria. La comunicación del Siniestro deberá ser completada y firmada por el Dentista 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.

7.2. 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 el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 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 y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como su normativa de desarrollo.
- b) **Cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia**, y de conformidad a lo previsto en la Ley

22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, el Tomador del Seguro podrá resolver unilateralmente el presente seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de treinta (30) días desde la celebración del seguro o a la recepción por el Tomador del Seguro de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria prevista en dicha Ley, si esta recepción se produce con posterioridad a la conclusión del seguro.

c) **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. Por escrito, al servicio de incidencias de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA-NV Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo I – Edificio I4, Planta Primera (28223) Pozuelo de Alarcón – Madrid, o en la dirección de correo electrónico **servicio.incidencias@cigna.com**

ii. Defensor del Cliente de Cigna Healthcare, C/ Velázquez, 80, 1ª dcha., 28001 de Madrid, o en la dirección de correo electrónico **reclamaciones@da-defensor.org**

La tramitación de las quejas y reclamaciones por las instancias anteriores nunca superará el plazo legalmente establecido y el procedimiento está regulado en el Reglamento para la Defensa del Cliente de Cigna Life Insurance Company of Europe, que se encuentra a su disposición en las oficinas de la Entidad.

iii. 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 sita en el Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid, (www.dgsfp.mineco.es). Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias del Asegurador, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.

iv. Correspondiente a su domicilio.

7.3. Protección de datos de carácter personal

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, tratará los datos relativos al solicitante/tomador (en caso de Pólizas individuales), asegurado y beneficiario (conjuntamente, el "Interesado"), en calidad de responsable del tratamiento, para las finalidades y según las bases legitimadoras que se indican a continuación: (a) la gestión de la solicitud y/o contrato de seguro; (b) el cumplimiento de obligaciones legales; y (c) prevención e investigación del fraude, con base en el interés legítimo. Los datos del Interesado (incluidos los de salud) serán recabados directamente del Interesado o a través de otras fuentes (mediador, empleador en caso de Póliza colectiva o profesionales médicos, entre otros). Cigna Healthcare compartirá los datos personales del Interesado con terceros, así como podrán ser almacenados y tratados en países donde: tenemos sucursales, filiales, operamos o contratamos proveedores de servicios. Al utilizar los Servicios, el Interesado acepta que sus Datos Personales puedan ser transferidos y almacenados en países fuera de su país de residencia, incluidos los países donde se suscribe su póliza/certificado o plan de seguro. Entre ellos puede haber países con normas de protección de datos diferentes a las de su país de residencia. Cuando los Datos Personales se transfieren fuera de su país de residencia, garantizamos un grado adecuado de protección de los mismos, de conformidad con la legislación aplicable, velando por que se aplique al menos una de las siguientes salvaguardias:

- **Decisiones de adecuación:** Las leyes de protección de datos aplicables reconocen que algunos países proporcionan un nivel adecuado de protección de datos (cada uno de ellos es una «Jurisdicción Adecuada»). La lista aprobada o los criterios de las Jurisdicciones Adecuadas pueden variar en función de la ley de protección de datos aplicable. Cuando la autoridad de protección de datos pertinente haya reconocido que la jurisdicción a la que se transfieren sus Datos Personales es «adecuada», normalmente no se requerirán salvaguardias adicionales antes de transferir sus Datos Personales a esa Jurisdicción Adecuada.
- **Garantías adicionales:** Para las transferencias de sus Datos Personales a otro país que no se considere una Jurisdicción Adecuada, estableceremos las salvaguardas adecuadas que exija la legislación aplicable («Salvaguardas Adicionales»). Estas pueden incluir cláusulas contractuales tipo para proteger sus Datos Personales u obtener su consentimiento para la transferencia, para situaciones específicas.

En cualquier momento el Interesado podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento y a la revocación del tratamiento mediante envío de comunicación por correo electrónico a: **CGHB-EU-Privacy@cigna.com**.

Para mayor información sobre el tratamiento de los datos del carácter personal del Interesado, consultar el Anexo de Protección de Datos de Carácter Personal de la Póliza.

Artículo 8. Reclamaciones

8.1. Controversias

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.

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.

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.

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.

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.

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.

8.2. Arbitraje.

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

8.3. Competencia de jurisdicción.

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

Artículo 9. Aceptación expresa. Constancia de recibo de información

El Tomador del Seguro reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que integran esta Póliza manifestando su conocimiento y conformidad con las mismas.

Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador del Seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.

Por último, el Tomador del Seguro reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, por escrito, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como, en su caso, la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

En los seguros colectivos, el Tomador del Seguro manifiesta haber facilitado a los Asegurados y facilitará a eventuales futuros Asegurados tal información, así como cualquier otra que afecte a los derechos y obligaciones de los Asegurados en virtud de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza, y especialmente la relativa a la información y consentimiento del tratamiento de datos de carácter personal, con anterioridad a su inclusión en el seguro.



Juan José Montes Escribá
Director General
Cigna Life Insurance Company of
Europe, SA/NV, Sucursal en España.



Parque Empresarial La Finca
Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio I4. Planta Primera
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)


cigna.es