

# Salus Dental

**Condicionado general**

General Conditions

Allgemeine Geschäftsbedingungen



# SALUS

SEGUROS DE SALUD



CONDICIONADO GENERAL

**SALUS ASISTENCIA SANITARIA S.A. DE SEGUROS**

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DENTAL  
Nº \_\_\_\_\_

ÍNDICE

1. CLÁUSULA PRELIMINAR.....	3
2. DEFINICIONES.....	3
3. OBJETO DEL SEGURO.....	5
4. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.....	5
5. PRÓTESIS.....	5
6. EXCLUSIONES.....	6
7. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS .....	7
8. PERIODOS DE CARENCIA.....	8
9. PAGO DE PRIMAS .....	8
10. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO .....	9
11. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA.....	10
12. DURACIÓN DEL SEGURO .....	11
13. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO .....	12
14. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL .....	12
15. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN .....	14
16. PRESCRIPCIÓN.....	14
17. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.....	15

## 1. CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre), por la ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y su reglamento de desarrollo por Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las condiciones generales y particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

## 2. DEFINICIONES

**ASEGURADO.** La persona o personas naturales, designadas en las condiciones particulares, sobre las cuales se establece el seguro.

**ASEGURADORA** “*Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de seguros*”, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

**BENEFICIARIO.** Tendrá esta condición el Asegurado que ha de recibir la prestación del Asegurador, en caso de producirse el siniestro.

**CONDICIONES PARTICULARES.** Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

**CUADRO MÉDICO DENTAL:** Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por La Aseguradora correspondientes a la provincia de contratación de la Póliza, con su dirección, teléfono.

**ENFERMEDAD 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 individuo.

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE.** Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la póliza.

**FRANQUICIA:** Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por cada tipo o clase de servicio odontológico que, incluido en la cobertura del Seguro, se le preste al Asegurado.

Su cuantía viene determinada en el Anexo de Coberturas integrado en las Condiciones Generales y puede ser actualizada anualmente.

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

**PERIODO DE CARENCIA.** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

**PLAZO DE DISPUTABILIDAD.** Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual la Aseguradora puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y que éste no declaró en el cuestionario de salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo de la Aseguradora deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

**PÓLIZA.** Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las particulares, las especiales y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

**PRIMA.** El precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

**PRÓTESIS.** Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como, corona parcial o incrustador, etc.

**SINIESTRO.** Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios que se encuentran total o parcialmente cubiertos por la póliza.

**TOMADOR DEL SEGURO.** Persona física o jurídica que juntamente con “*Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de seguros*” suscribe este contrato y con ello acepta las obligaciones que en él se establecen.



### 3. OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, la Aseguradora proporcionará al Asegurado los servicios odontológicos en las modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la póliza. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de odontológicos.



### 4. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Las actuaciones sanitarias cubiertas por la Póliza se relacionan en el Anexo de Coberturas que se incorpora a estas Condiciones Generales y que forma parte integrante e inseparable de ellas. En dicho Anexo se especifica asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto a cargo del Asegurado conforme al cuadro médico odontológico de SALUS.



### 5. PRÓTESIS

La participación del Asegurado en los precios de la prótesis figura en el ANEXO DE COBERTURAS.



## 6. EXCLUSIONES

Quedan excluidos del objeto de este seguro:

- A. Todos los servicios no detallados en estas condiciones generales así como los tratamientos de nueva aparición que no hayan sido incorporados a la póliza y no estén, por tanto incluidos en la descripción de coberturas de estas condiciones generales.
- B. Cualquier prueba, consulta o intervención quirúrgica prescrita o realizada por un médico y/o profesional ajeno al cuadro médico odontológico de SALUS.
- C. La asistencia que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales, la derivada de la utilización de vehículos a motor o cualquier otra actividad cubierta por un seguro específico de suscripción obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud.
- D. La asistencia que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de actividades de alto riesgo, como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos como el submarinismo, espeleología, parapente, actividades aéreas, boxeo, rugby, ski, navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo o cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa, así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional o como aficionado de cualquier deporte.
- E. La asistencia odontológica derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, las derivadas de enfermedades infecciosas, intento de suicidio y autolesiones.
- F. Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente y los que se produzcan como consecuencia de riñas y/o agresiones.
- G. Los daños producidos por explosiones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nu-

cleares y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

- H. Los medicamentos y fármacos de cualquier clase.
- I. La hospitalización y la anestesia general.
- J. Cualquier gasto directo o indirecto derivado de alguna complicación y/o secuelas derivadas de actos médicos no cubiertos por la póliza.

## 7. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia se prestará de acuerdo con las siguientes normas:

1. Los servicios concertados se prestarán exclusivamente en la provincia, por los profesionales y servicios que constan en el cuadro odontológico que a tal efecto suministra la Aseguradora. Se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio.
2. Será necesaria la aceptación del Asegurado del tratamiento protésico y del presupuesto efectuado por el Odontólogo de la Aseguradora, que presentará al mismo, abonando la franquicia correspondiente al coste del servicio que se solicita, obteniendo así la orden de la Aseguradora para la práctica de la prestación en el más breve plazo posible que nunca podrá exceder de dos meses.

El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Coberturas.

3. La prótesis de cualquier clase, así como las piezas anatómicas tendrán una garantía de un año por desgaste o deterioro, siempre que sea debido a una correcta utilización.
4. El Asegurado participará en el coste de los servicios de acuerdo con los baremos de franquicia que figuran al margen de cada uno de ellos en la descripción de los servicios.
5. Cada vez que se produzca modificación en la prima del seguro, se notificará también la modificación que proceda en los valores de dichas franquicias, a tal efecto se emitirá el suplemento en el que se haga cons-



tar la nueva prima y el nuevo factor de participación con dos meses de antelación a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de los valores expresados.

6. Al requerir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta de asegurado.
7. Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el Seguro se realizarán de forma ambulatoria.
8. En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.



## 8. PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor del contrato.



## 9. PAGO DE PRIMAS

1. El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la ley del contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima que se abonará mediante domiciliación bancaria salvo que, en condiciones particulares se acuerde otra cosa.
2. La primera prima será exigible conforme el artículo 15 de la Ley del Contrato de seguro, una vez firmado el contrato; si no se hubiera pagado por culpa del tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago en vía ejecutiva con base a la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes, a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima. En cualquier

caso, la Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

4. La Aseguradora sólo queda obligada por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.
5. En cada renovación del contrato, la Aseguradora podrá modificar la prima anual de acuerdo con los cálculos actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios, aplicándose las tarifas que el Asegurador tenga en vigor a la fecha en la renovación.

El tomador del Seguro al recibir la comunicación de la nueva prima para la próxima anualidad da su aceptación a las nuevas condiciones económicas y prorroga el contrato o pone fin al mismo mediante notificación escrita a la Aseguradora.



## 10. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

El tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado tienen las siguientes obligaciones:

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

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

2. Comunicar a la Aseguradora, en el menor plazo posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el punto 1 anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone: “En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución de contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo”.
3. Comunicar a la Aseguradora en el menor plazo posible las altas y bajas de beneficiarios que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el tomador y las bajas a su vencimiento.



## **11. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA**

Además de prestar la asistencia asegurada, La Aseguradora deberá entregar al tomador del seguro la Póliza, y 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. Igualmente la Aseguradora entregará al tomador del seguro, el cuadro médico odontológico. El mismo, podrá ser actualizado anualmente por la Aseguradora, mediante alta o baja de los facultativos, profesionales y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia.



## 12. DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el periodo que medie desde su suscripción hasta los doce meses siguientes, como prevén las condiciones particulares y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

2. La Aseguradora puede oponerse a la prórroga del contrato, mediante notificación escrita al tomador del seguro, con una antelación no inferior a **dos meses** de la conclusión del período.

En el caso de que la póliza sea resuelta por voluntad unilateral de la Aseguradora, no podrá suspender la prestación de la garantía cuando el beneficiario se halle en tratamiento salvo renuncia del beneficiario a continuar al mismo.

El tomador, a su vez, puede oponerse a la renovación de la póliza siempre que se lo notifique a la Aseguradora con una antelación mínima de **un mes** a la fecha de vencimiento.

3. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

a. Por fallecimiento.

b. Por traslado de residencia al extranjero.

c. Si en la póliza están incluidos familiares que convivan con el tomador del Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, El Asegurador mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquirida siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

4. Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.

5. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.



### **13. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO**

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

1. En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican a la Aseguradora, y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).
2. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
3. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
4. El tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro médico odontológico en el 50% de los especialistas que lo integren. La Aseguradora tendrá a disposición del Asegurado, en todo momento en sus oficinas y en la página Web la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.
5. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores.
6. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Aseguradora sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

### **14. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

El responsable del tratamiento de sus datos es SALUS ASISTENCIA SANITARIA, S.A. DE SEGUROS. Sus datos serán tratados con la finalidad de realizar la gestión y tramitación de seguros, prestar la asistencia sanitaria derivada de los mismos, así como la de llevar a cabo las gestiones de carácter contractual de la Aseguradora con sus Clientes / Tomadores /

Asegurados. A los fines indicados, y para el mejor cumplimiento y gestión de nuestros servicios, el tomador y/o beneficiario otorga, de manera libre y voluntaria, su consentimiento expreso para el tratamiento y conservación de los datos por él facilitados.

Con el fin de poder realizar su seguro, se le informa que se podrán ceder sus datos a otras aseguradoras con motivo del coaseguro o reaseguro del riesgo.

El beneficiario autoriza a la Aseguradora para requerir de profesionales sanitarios, clínicas y hospitales que faciliten sus datos personales y concretamente los datos de salud, para la valoración de los riesgos a cubrir, prevención del fraude, atención de reclamaciones, gestión del seguro contratado y ofrecimiento de los servicios asistenciales.

La legitimación para el uso de sus datos está basada en la ejecución de un contrato. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Los datos serán destruidos una vez comunique su baja y/o finalizados los períodos legales de conservación, siendo en este caso un plazo de 10 años. No se llevarán a cabo transferencias internacionales de datos.

La Aseguradora se compromete a guardar confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados y a mantener las medidas técnicas y organizativas exigidas por la normativa de protección de datos, para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, sin perjuicio de que dichos datos, o el acceso al fichero que los contiene, puedan ser facilitados a aquellos órganos o entidades que, en virtud de una disposición legal, así lo exijan.

El tomador y/o beneficiario responderá, en cualquier caso, de la veracidad de los datos facilitados, reservándose la Aseguradora el derecho a excluir de los servicios prestados a todo aquel que haya facilitado datos falsos o inexactos, sin perjuicio de las demás acciones legales que pudieran proceder.

Los datos objeto de tratamiento son necesarios para las finalidades indicadas, en cuyo caso no sería posible la prestación de nuestros servicios. En caso de oposición al tratamiento y/o cesión no podrá llevarse a cabo la contratación del seguro y la prestación del servicio.

Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad o limitación del tratamiento, dirigiéndose a SALUS ASISTENCIA SANITARIA S.A. DE SEGUROS en la siguiente dirección: Calle Posada Herrera 1 Bis, 1º, OVIEDO 33002, ASTURIAS o en el correo electrónico [protecciondatos@salus-seguros.com](mailto:protecciondatos@salus-seguros.com). Asimismo Ud. Puede revocar el consentimiento prestado dirigiendo un escrito a la dirección anteriormente indicada. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados. Puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos escribiendo a [dpdasturias@prodat.es](mailto:dpdasturias@prodat.es)

Para resto de finalidades se recaba el consentimiento expreso.

## **15. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN**

Las comunicaciones a la Aseguradora, por parte del tomador del seguro, del Asegurado o beneficiario se realizarán en el domicilio social señalado en la póliza, pero si se realizaran a un agente afecto representante de la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste, conforme al artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro.

Las comunicaciones de la Aseguradora al tomador del seguro, al Asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a la Aseguradora.

Las comunicaciones efectuadas por un agente libre o corredor a la Aseguradora en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

## **16. PRESCRIPCIÓN**

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día que pudiesen ejercitarse.

## **17. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN**

De conformidad con lo establecido en el art. 97 de la ley 20/2015 los conflictos que puedan suscitarse en la interpretación y aplicación del contrato de seguro entre la Entidad Aseguradora y el tomador podrán ser resueltos:

### **Por procedimiento de reclamación interna:**

Mediante escrito dirigido a la compañía, al domicilio arriba indicado, al departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora, (al que pueden dirigirse los tomadores, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas o reclamaciones, a través de impreso facilitado en la oficina para la formulación de las mismas), la cual deberá acusar recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten y resolverlos o denegarlos motivadamente en un plazo que no podrá ser superior a dos meses desde la fecha de entrada de la reclamación.

### **Por procedimiento de reclamación externa:**

- Dirección General de Seguros (Comisionado para la defensa del Asegurado), ante la cual, el tomador formulará escrito exponiendo las causas que lo motivan. El reclamante deberá acreditar que ha transcurrido un plazo de dos meses, desde la fecha de presentación de la reclamación en la Entidad Aseguradora, sin que haya sido resuelta por el departamento de Atención al Cliente de la Compañía Aseguradora.
- Por los jueces y tribunales competentes.
- Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre.
- Con la mediación en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.



EL TOMADOR DEL SEGURO

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'E' followed by a vertical line and a small flourish at the bottom.

Dra. Dña. Mª Eugenia Bernaldo de Quirós  
Presidenta Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de Seguros.

**SALUS**  
SEGUROS DE SALUD

[www.salus-seguros.com](http://www.salus-seguros.com)