

GENERALI SALUD TOTAL

Condiciones Generales
y Condiciones Generales Específicas



GENERALI



GENERALI SALUD TOTAL

Seguro de Reembolso de Gastos con Cuadro Médico Recomendado

60375/02 /GEN

Condiciones Generales y Condiciones Generales Específicas

Índice

¿Qué son las Condiciones Generales del Seguro?	2
Cuadro General de Garantías	3
Cláusula Informativa	4
Definiciones	5
Artículo 1.º Objeto del Seguro	8
Artículo 2.º Garantías	8
Artículo 3.º Utilización de Garantías	14
Artículo 4.º Terminación del Seguro	15
Artículo 5.º Ámbito Territorial	15
Artículo 6.º Exclusiones Generales	15
Artículo 7.º Condiciones para la Incorporación al Seguro	17
Artículo 8.º Actuación en Caso de Siniestro	18
Artículo 9.º Primas	19
Artículo 10.º Revalorización Automática de Sumas Aseguradas	20
Artículo 11.º Cláusulas Relativas a la Relación Derivada del Contrato del Seguro	20

Anexo

Anexo I Grupos de Clasificación de Actos Médicos e Intervenciones Quirúrgicas	24
Anexo II Asistencia en Viaje	24
Anexo III Segunda Opinión Médica	28

¿Qué son las Condiciones Generales del Seguro?

Cuando nos planteamos la posibilidad de que nuestros bienes o nosotros mismos podamos sufrir algún tipo de daño estamos realizando un acto de previsión, aunque lamentablemente no siempre contamos con los medios necesarios para evitar que esos daños se produzcan. Y esto mismo les acontece a otras muchas personas que por sí mismas quedarían desamparadas en el caso de que les sucediera a ellas esa posibilidad.

Uno de los sistemas tradicionales para mitigar las consecuencias que esos daños ocasionan es el de repartirlos entre varias personas, de manera que los efectos dañosos sean muy pequeños para todos los que reparten en lugar de ser muy grandes para aquel que habría de soportarlo en solitario.

Para llevar a cabo el reparto, cada compañía aseguradora identifica los daños que se producen y las causas que los generan, estudia unos y otras de forma exhaustiva a través de estadísticas, detallan la frecuencia con la que se reproducen las causas, cuantifica los daños y calcula el precio del reparto. Una vez realizadas estas operaciones ofrece al público un Seguro, como el que tiene usted en sus manos.

Las Condiciones Generales son necesariamente el resultado de las anteriores operaciones, porque con ellas Generali describe concretamente los riesgos que ha decidido asumir y la forma y cuantía en la que reparará el daño producido. Se llaman Generales porque su contenido es común a todos los seguros que se realizan para las mismas causas dañosas, respondiendo a la técnica de reparto igualitario que antes mencionábamos.

Lo que llamamos **riesgo** es la posibilidad de que usted precise atención sanitaria (por ejemplo, una consulta médica o una intervención quirúrgica) a consecuencia de una causa determinada (una enfermedad o un accidente).

Lógicamente, la definición que se hace de los riesgos, además de ser general o común para todos los seguros de esta clase, ha de ser genérica, esto es, que normalmente describe el riesgo a través de unas características comunes y no mediante una pormenorizada y extensa lista de posibles supuestos. Pero la brevedad de la definición y su carácter genérico no implica que el riesgo sea indeterminado ni que todo esté cubierto. Por un lado, la propia definición del riesgo delimita su contenido (véase que en la garantía de Asistencia Hospitalaria en la cobertura de “Otros Gastos Hospitalarios” se refiere a los medicamentos y materiales en caso de hospitalización, no de forma ambulatoria). Por otro lado, el riesgo se delimita aún más con aquellos supuestos que el Asegurador ha decidido no amparar o que, sencillamente, aclara que no están cubiertos, para una más completa información. Confiamos **que la descripción de los distintos riesgos de este Seguro bajo las llamadas ¿Qué cubre? y ¿Qué no cubre?**, facilite su total comprensión.

A su vez, las Condiciones Generales contienen otro tipo de Cláusulas relativas a la forma de cuantificar el valor de la indemnización, o de solucionar los conflictos que pudieran producirse y otras materias, todas ellas siempre importantes, que junto con las disposiciones legales en la materia completan el marco regulador de las relaciones entre usted y nosotros.

El seguro de **Salud Total** es un **Seguro de cobertura internacional y tiene por objeto el reembolso de gastos por tratamiento médico-quirúrgico a consecuencia de enfermedad o accidente, así como por embarazo y tratamiento del recién nacido**, todo ello de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en los Suplementos que componen la Póliza.

Su mayor atractivo radica en la **libertad de elección de médico o centro** que Vd. desee utilizar, con la posibilidad de acudir a nuestro **Cuadro Médico** en cuyo caso no serán de aplicación las

franquicias a su cargo pactadas ni los sublímites previstos en el Cuadro General de Garantías, con la ventaja adicional de que nosotros satisfaremos directamente al facultativo o centro que le atienda el coste de los servicios, sin que Vd. tenga que desembolsar cantidad alguna.

En este Seguro de Generali Salud Reembolso/Total le ofrecemos tres alternativas de Capital contratado, con los sublímites que para cada garantía se correspondan. Usted puede elegir en función del capital que mejor se adecue a las necesidades de su familia.

Para cualquier aclaración cuenta con la ayuda y asesoramiento de nuestro Agente u oficina de la Generali más cercana, además de un teléfono de atención al Asegurado.

En todo caso le rogamos que lea detenidamente las presentes Condiciones Generales.

Cuadro General de Garantías

Suma máxima asegurada por asegurado y anualidad de seguro o por un mismo siniestro

	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
Suma Asegurada	60.000 Euros	250.000 Euros	500.000 Euros

ASISTENCIA HOSPITALARIA	LÍMITES	LÍMITES	LÍMITES
Estancia Hospitalaria por día	162 Euros	200 Euros	230 Euros
Estancia en UVI	Sin sublímite	Sin sublímite	Sin sublímite
Honorarios Médico-Quirúrgicos: Grupo 1 : Cirugía menor Grupo 2 : Cirugía media Grupo 3 : Cirugía mayor Grupo 4 : Gran cirugía Grupo 5 : Procesos graves especiales Honorarios médicos por consulta:	600 Euros 1.500 Euros 2.100 Euros 3.600 Euros Sin sublímite 60 Euros	750 Euros 2.100 Euros 3.600 Euros 7.200 Euros Sin sublímite 60 Euros	Sin sublímite Sin sublímite Sin sublímite Sin sublímite Sin sublímite 60 Euros
Prótesis	1.500 Euros	2.000 Euros	3.000 Euros
Hospitalización Psiquiátrica (Máx. 60 días)	3.600 Euros	3.600 Euros	3.600 Euros
Otros Gastos Hospitalarios	Sin sublímite	Sin sublímite	Sin sublímite
Díálisis y Hemodíálisis	15 sesiones	15 sesiones	15 sesiones
Hospitalización sin cargo a la póliza	90 Euros	90 Euros.	90 Euros
Ambulancia	600 Euros	600 Euros	600 Euros

ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA	LÍMITES	LÍMITES	LÍMITES
Consultas Médicas: Asistencia Primaria Especialista	40 Euros 70 Euros	50 Euros 95 Euros	70 Euros 100 Euros
Pruebas Diagnósticas	Sin sublímite	Sin sublímite	Sin sublímite
Tratamientos Especiales	Sin sublímite	Sin sublímite	Sin sublímite
Odontología	S.M.R.	S.M.R.	S.M.R.
Psiquiatría – Psicología	20 consultas/año	20 consultas/año	20 consultas/año
Podología	6 sesiones	6 sesiones	6 sesiones
Oxigenoterapia - Ventiloterapia	30 días/año	30 días/año	30 días/año
Medicina Preventiva	150 Euros	150 Euros	150 Euros

EMBARAZO Y TTO. RECIÉN NACIDO	LÍMITES	LÍMITES	LÍMITES
Embarazo y Parto	1.500 Euros	2.000 Euros	3.000 Euros
Embarazo y Cesárea	1.900 Euros	2.500 Euros	3.600 Euros
Tratamiento del recién nacido	7.500 Euros	7.500 Euros	7.500 Euros

ASISTENCIA EN VIAJE	Incluida
---------------------	----------

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	Incluida
------------------------	----------

Cláusula Informativa

La presente Cláusula Informativa tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 96 la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.

Denominación, forma jurídica y Domicilio Social del Asegurador

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
- Domicilio Social: Calle Orense nº 2, (28020) MADRID-ESPAÑA, NIF A-28007268. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid en la Hoja M-54.202.

Órgano Administrativo de Control del Asegurador

Corresponde al Ministerio de Economía y Competitividad, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad Aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

El Asegurador pone a disposición del tomador del seguro, de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos un Servicio de Quejas y Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es.

El tomador del Seguro, las personas aseguradas, los beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de los anteriores podrán presentar sus quejas y reclamaciones relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos dirigiendo escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones. En el escrito deberán consignar sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su queja o reclamación, dirigiendo el mismo a la siguiente dirección:

Servicio de Quejas y Reclamaciones
 Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros
 Calle Orense, nº 2 – (28020) MADRID

O bien a la dirección de correo electrónico:
reclamaciones.es@generali.com

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de Quejas y Reclamaciones y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Quejas y Reclamaciones tendrán fuerza vinculante para el Asegurador. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Quejas y Reclamaciones del Asegurador, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Paseo de la Castellana, 44
28046- MADRID

www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros Perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos de recurrir en cualquier momento a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro se regirá por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (que no tendrá carácter imperativo en caso de que, de conformidad con el art. 11 de la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras el presente contrato se considere como un seguro de grandes riesgos), por la citada Ley 20/2015, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y por lo dispuesto en las Condiciones del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, y en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el Asegurador haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.

Definiciones

1. Usted

Es el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, al que corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

2. Nosotros

Somos Generali, S. A. de Seguros y Reaseguros (en lo sucesivo Generali), la Aseguradora que asume el riesgo pactado en el contrato.

3. Asegurados

La persona o personas naturales que reúnan las condiciones establecidas en la Póliza y sobre las cuales se asume el riesgo cubierto por la Póliza.

4. Beneficiario

Tendrá esta condición la persona que figure designada en la Póliza o certificado individual como Asegurado - Titular, a quien corresponde el derecho a percibir el reembolso de todos los gastos originados por la asistencia sanitaria del grupo familiar amparado por esta Póliza, así como el cobro de las indemnizaciones previstas en ella.

5. Póliza

Es el conjunto de documentos en los que se hacen constar los términos del contrato.

Está formada por:

- Condiciones Generales y Condiciones Generales Específicas.
- Condiciones Particulares, que individualizan el riesgo.
- Suplementos o Apéndices que se emitan a las mismas, para complementarlas o modificarlas.
- Solicitud que sirvió de base a la emisión del Seguro.
- Recibos de prima.

6. Prima

Es el precio del Seguro que usted paga junto con los recargos e impuestos correspondientes. Este precio se ha fijado teniendo en cuenta las garantías de la Póliza con todas sus inclusiones, exclusiones y limitaciones y de acuerdo con el riesgo que usted nos ha declarado.

7. Anualidad de seguro

El período comprendido entre la fecha de efecto del Seguro y la fecha de vencimiento de la Póliza, así como el período que transcurra entre cada vencimiento anual de sus sucesivas prórrogas.

8. Suma asegurada o Capital contratado

La suma asegurada o capital contratado, establecida en las condiciones particulares de la Póliza, constituye el límite total y máximo para el conjunto de los gastos reembolsables o abonables directamente a los servicios Médicos Recomendados como consecuencia de la aplicación de las garantías contratadas para cada Asegurado, durante una anualidad de Seguro. Asimismo, la suma asegurada o capital contratado, constituye el límite máximo del conjunto de gastos reembolsables o abonables en varias anualidades por la utilización de las garantías con ocasión o como consecuencia de una misma enfermedad o accidente.

9. Franquicia

Porcentaje sobre el importe de los gastos reembolsables objeto del Seguro que serán siempre a cargo de usted, con los límites máximos establecidos en la Póliza.

10. Carencia

Es el período de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del Seguro o de la inclusión de un nuevo Asegurado durante el cual no entra en vigor alguna de las coberturas o garantías de la Póliza.

11. Enfermedad

Toda alteración del estado de salud, incluyendo las lesiones causadas por un accidente, cuyo diagnóstico y confirmación se efectúe por un médico.

Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de un mismo accidente, 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), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

12. Accidente

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

13. Enfermedad y/o accidente preexistente

Aquellos que ya fueron diagnosticados, tratados o dieron lugar a consulta por un médico, o que manifestaron los primeros síntomas antes del alta del Asegurado en la Póliza.

14. Médico

Doctor o licenciado en medicina legalmente cualificado y autorizado en el lugar donde practica, para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad.

15. Asistencia médica extrahospitalaria

Es la prestada en consultorios médicos, en el domicilio del paciente y en el hospital o clínica sin pernoctación.

16. Hospitalización

Representa el que una persona sea registrada como paciente en un Hospital permaneciendo ingresada un mínimo de 24 horas, o bien, que sea registrado en un Hospital de día para la realización de una intervención quirúrgica.

A los efectos del límite máximo de 180 días establecido en la Garantía de Asistencia Hospitalaria, la hospitalización por la misma causa que produjo una hospitalización anterior se considera a los efectos de esta Póliza como continuación de la anterior, salvo que hayan transcurrido 90 días desde el alta hospitalaria anterior.

17. Hospital

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día. No se consideran como hospitales a los efectos de esta Póliza los asilos, residencias, casas de reposo, balnearios, clínicas neuro-psiquiátricas.

Tampoco se considera hospital las instalaciones dedicadas al descanso, internamiento o tratamiento de ancianos, incapacitados, enfermos crónicos, enfermos mentales, ni drogadictos o alcohólicos.

18. Hospital de día

Centro dotado con la organización y medios adecuados para el tratamiento quirúrgico de los enfermos en régimen de día.

19. Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno del paciente efectuada con fines distintos al diagnóstico, efectuada en un hospital y por un cirujano, requiriendo normalmente la utilización de una sala de operaciones.

20. Siniestro

Todo acto de asistencia que se preste al amparo y de conformidad con alguna de las garantías contratadas en la Póliza.

21. Atención médica y quirúrgica necesaria

Aquella que se produzca por prescripción médica y sea necesaria y apropiada para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o accidente basándose en la práctica médica generalmente aceptada.

22. Gastos razonables y usuales

Los gastos por atención médica y quirúrgica que no excedan del nivel habitual cobrado por el mismo prestador del servicio, ni por otros prestadores de similar nivel en el mismo área geográfica, para una prestación comparable.

23. Embarazo

Período de tiempo comprendido entre la fecundación del óvulo y el parto o cesárea. Se consideran dentro del mismo, las condiciones médicas que pueden representar un "embarazo difícil" como la mancha ocasional, el malestar matinal, la hiperémesis y procesos similares.

24. Complicaciones del embarazo

Condiciones que requieren estancia hospitalaria antes del fin del embarazo y cuyo diagnóstico es distinto del embarazo mismo, pero que son negativamente afectadas o directamente causadas por el embarazo; tales como la nefritis aguda, la nefrosis, la descompensación cardíaca, el aborto y las condiciones médicas o quirúrgicas de gravedad comparable. Incluye el embarazo ectópico, la finalización espontánea del embarazo en un momento en que no es posible un parto viable, la infección puerperal, la eclampsia y la toxemia.

25. Urgencia

Atención sanitaria cuya demora puede significar un peligro grave para la vida o integridad física de la persona, a juicio de un médico, y que por tanto precisará ser realizada dentro de las 24 horas siguientes.

26. Prótesis

Dispositivo o producto sanitario que sustituye total o parcialmente a un miembro, un órgano o un tejido del cuerpo o su función, siempre que sea permanente y de material artificial.

27. Material de osteosíntesis

Piezas anatómicas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

Artículo 1º. Objeto del Seguro

Dentro de los límites y situaciones establecidas en las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza, nosotros le garantizamos:

- Los gastos **razonables y usuales derivados de las atenciones médicas y quirúrgicas**, tanto hospitalarias como extrahospitalarias, que usted precise durante la vigencia de la Póliza, con motivo o como consecuencia de enfermedad, accidente y, en su caso, **embarazo y parto o cesárea**, sobrevenidos durante el mismo periodo de tiempo.
- Las prestaciones de la cobertura de **Asistencia en Viaje**, en los términos previstos en el **Anexo II** de estas Condiciones Generales.
- Las prestaciones de la cobertura de **Segunda Opinión Médica**, según lo previsto en el **Anexo III** de estas Condiciones Generales.
- El pago de las **indemnizaciones** previstas en la Póliza, en los términos establecidos en cada Garantía.

El Asegurado podrá elegir libremente el médico o centro que le preste los servicios asistenciales requeridos.

Artículo 2º. Garantías

Con el Seguro de **Salud Total** usted contrata las siguientes **Garantías**:

1. Asistencia Hospitalaria.
2. Asistencia Extrahospitalaria.
3. Embarazo y Tratamiento del Recién Nacido.
4. Asistencia en Viaje.
5. Segunda Opinión Médica.
6. Asistencia Dental.

1. Garantía de Asistencia Hospitalaria

¿Qué cubre?

Comprende los gastos que se generan por el ingreso hospitalario del Asegurado hasta un máximo de 180 días para cada hospitalización y anualidad de Seguro, debidos a:

- 1.1. Estancia hospitalaria:** Uso de habitación del Asegurado y su manutención, además de cama para el acompañante, **hasta el sublímite cuantitativo diario fijado en las Condiciones Particulares.**
- 1.2. Estancia en Unidades de Vigilancia Intensiva, Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios, U. V. I., U. C. I. y U. C. C. sin sublímite cuantitativo diario.**
- 1.3. Honorarios médicos:** De cirujano, ayudantes, anestesista y por consultas de especialistas, con el **sublímite por cada intervención establecido en las Condiciones Particulares**, según la clasificación en grupos de actos médicos descrita en el **Anexo I** de estas Condiciones Generales; y **por consultas de especialistas hasta el límite cuantitativo establecido en las Condiciones Particulares.**
- 1.4. Otros gastos hospitalarios** tales como derechos de quirófano, medicamentos y materiales, curas, rehabilitación y otros servicios sanitarios precisados durante la hospitalización.
- 1.5. Hospitalización en un centro psiquiátrico: hasta un máximo de 60 días por Asegurado y anualidad de Seguro o por una misma enfermedad,** incluyéndose los gastos de estancia y manutención del Asegurado ingresado, los honorarios médicos del tratamiento, medicamentos y otros servicios sanitarios precisados durante la hospitalización **hasta el sublímite cuantitativo establecido en las Condiciones Particulares.**
- 1.6. Hospitalización sin cargo a la Póliza:** Si los gastos hospitalarios no fuesen a cargo de esta Póliza, estando cubiertos, nosotros abonaremos por cada día completo de hospitalización **la cantidad estipulada en las Condiciones Particulares.**
- 1.7. Prótesis:** Le abonaremos los gastos de adquisición de una prótesis interna ósea, material de osteosíntesis, cardíaca (excluido el corazón artificial), vascular u oftalmológica así como la prótesis de mama tras mastectomía radical **hasta el sublímite anual fijado en las Condiciones Particulares para este concepto.**
- 1.8. Ambulancia:** Le abonaremos los gastos por traslado necesario en ambulancia por carretera, con **el sublímite cuantitativo establecido en las Condiciones Particulares.**
- 1.9. Hemodiálisis:** sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos, **con un máximo de 15 sesiones por proceso.**

A los efectos del límite máximo de 180 días establecido en esta Garantía, la hospitalización por la misma causa que produjo una hospitalización anterior se considera a los efectos de esta Póliza como continuación de la anterior, salvo que hayan transcurrido 90 días desde el alta hospitalaria anterior.

¿Qué no cubre?

- a) Las intervenciones de cirugía plástica o estética, salvo los gastos de cirugía reparadora necesaria a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza y la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical.**
- b) Las curas de reposo y enfermedades y tratamientos derivadas del consumo de alcohol, drogas y ludopatía.**
- c) Las hospitalizaciones e intervenciones producidas por defectos o deformaciones físicas preexistentes, por defectos de refracción y/o por anomalías o defectos congénitos o hereditarios salvo lo previsto en la Garantía de "Tratamiento del Recién Nacido" del Artículo Segundo, Garantía 3.**
- d) Cualquier prótesis distinta a las enumeradas en el apartado 1.7 anterior.**

¿Qué franquicia se aplica?

Salvo pacto expreso que figurará en las Condiciones Particulares, **serán a cargo de usted los siguientes porcentajes de cada gasto sanitario:**

En España	10%
Fuera de España	20%

¿Existe período de carencia?

Esta garantía tomará efecto transcurridos **3 meses para cualquier intervención quirúrgica u hospitalización**, salvo las necesarias con motivo de accidentes cubiertos por la Póliza o asistencias sanitarias por urgencia derivada de enfermedades sobrevenidas y diagnosticadas después del alta del Asegurado en la Póliza.

2. Garantía de Asistencia Extrahospitalaria

¿Qué cubre?

Los gastos producidos por las asistencias ambulatorias siguientes:

2.1. Consultas de:

- **Asistencia primaria:** Médico de medicina general, pediatría y puericultura, así como las intervenciones profesionales de A.T.S. y diplomados en enfermería y fisioterapeutas, ya sea en la consulta del Médico o en el domicilio del Asegurado si fuera necesario.
- **Asistencia especializada:** Médicos especialistas.

En todas ellas con **los sublímites de honorarios para consultas establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

2.2. Pruebas diagnósticas:

Análisis clínicos, diagnóstico por imagen, endoscopias y electrofisiología.

2.3. Tratamientos especiales, que comprenden:

- Tratamientos de rehabilitación funcional con un máximo de **60 sesiones por Asegurado y anualidad de Seguro.**
- Intervenciones quirúrgicas ambulatorias, con **los sublímites por honorarios médicos establecidos en las Condiciones Particulares** para intervenciones quirúrgicas (Artículo Segundo, apartado 1.3.).
- Quimioterapia, cobaltoterapia, radioterapia y litotricia.

2.4. Medicina preventiva:

Cubre los gastos correspondientes a los chequeos descritos a continuación bajo el epígrafe “¿Qué cubre la Medicina Preventiva?” **hasta el sublímite establecido en las Condiciones Particulares.** Este sublímite no será aplicable si los chequeos se realizan en el Cuadro Médico.

2.5. Podología. Limitado a seis sesiones al año, salvo patología del pie.

2.6. Psicología:

Se cubren las consultas psicológicas individuales prescritas, exclusivamente, por un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías psicológicas, el diagnóstico psicológico simple o los tests psicométricos, siendo los formularios a cargo del Asegurado. **Se establece un límite máximo de 4 consultas al mes y 20 consultas al año. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.**

2.7. Oxigenoterapia y Ventiloterapia.

A domicilio sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos bajo prescripción médica.

Aerosolterapia: a domicilio sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos, con un máximo de 30 días. Bajo prescripción médica. La medicación será siempre a cargo del Asegurado.

2.8. Estomatología.

Incluye curas estomatológicas y extracciones en el Cuadro Médico. Se excluyen las obturaciones, endodoncias, prótesis y tratamientos de ortodoncia y periodoncia.

¿Qué no cubre?

Tratamientos dietéticos, curas de adelgazamiento, tratamiento de procesos capilares (por ejemplo: alopecias), así como los tratamientos de medicina estética.

¿Qué cubre la medicina preventiva?

1. Chequeo general a hombres y mujeres a partir de 45 años:

Un chequeo tipo en nuestros centros recomendados o el reembolso de las cantidades pagadas **con el sublímite cuantitativo establecido en las Condiciones Particulares**, cada dos años a partir de la segunda anualidad del Seguro hasta los 59 años de edad, y a partir de ésta edad, cada año hasta los 70 años.

El chequeo en Cuadro Médico incluye:

- Reconocimiento médico completo por sistemas y aparatos.
- Analítica de sangre determinando los siguientes parámetros: Recuento, fórmula, velocidad de sedimentación, glucosa, colesterol total, ácido úrico y Transaminasas (GOT y GPT).
- Analítica de orina con determinación de densidad, sedimento y elementos anormales.
- Electrocardiografía básica de reposo.
- Por prescripción del médico examinador y en función de las características clínicas del examinado: radiografía de tórax en dos proyecciones.

2. Chequeo ginecológico para mujeres a partir de los 20 años:

Un chequeo ginecológico tipo en nuestros centros recomendados o en los médicos especialistas en Ginecología recomendados, o el reembolso de las cantidades **con el sublímite cuantitativo establecido en las Condiciones Particulares**, cada año a partir de la segunda anualidad del seguro entre los 20 y los 70 años de edad.

El chequeo en Cuadro Médico incluye:

- Reconocimiento ginecológico completo, incluyendo exploración mamaria.
- Citología (Papanicolau).
- A partir de los 40 años, por prescripción del médico examinador, se realizará una mamografía bilateral.

¿Qué franquicia se aplica?

Salvo pacto expreso que figurará en las Condiciones Particulares, para esta garantía de Asistencia Extrahospitalaria será a cargo de usted, en concepto de franquicia, el 20% de cada gasto justificado y cubierto.

¿Existe período de carencia?

Esta garantía extrahospitalaria, salvo para medicina preventiva, tomará efecto **transcurridos 3 meses desde la fecha de alta de cada Asegurado para las pruebas y tratamientos que se indican a continuación:**

- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** Tales como cateterismos y otras pruebas invasivas como artroscopia, laparoscopia y amniocentesis.
- **Tratamientos especiales siguientes:** Litotricia, Radioterapia, Cobaltoterapia y Quimioterapia.
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias.**

3. Garantía de Embarazo y Tratamiento del Recién Nacido

¿Qué cubre?

Comprende los gastos derivados de:

- 3.1. Embarazo y parto**, así como los procesos descritos en la definición de embarazo en el Artículo Preliminar. Tras el nacimiento, esta cobertura de Embarazo da derecho a la cobertura del Tratamiento del Recién Nacido.
- 3.2. Embarazo y cesárea**, así como los procesos descritos en la definición de embarazo en el Artículo Preliminar. Tras el nacimiento, esta cobertura de Embarazo da derecho a la cobertura del Tratamiento del Recién Nacido.
- 3.3. Tratamiento del recién nacido:** En caso de nacimiento dentro del período de vigencia del Seguro, nosotros nos haremos cargo de los gastos médicos y hospitalarios que precise el recién nacido **siempre que en el plazo de 15 días desde su nacimiento usted solicite su adhesión al Seguro:**
 - Si la solicitud de adhesión **es aceptada** y al recién nacido, durante el primer año de vida, se le manifestara alguna enfermedad congénita, tendrá una cobertura adicional a la cobertura normal de la Póliza hasta cumplir el primer año de vida y **hasta el sublímite establecido en las Condiciones Particulares para el Recién Nacido.**
 - Si la solicitud de adhesión **no es aceptada** por la compañía por problemas de faltas de maduración, defectos, deformidades o enfermedades de carácter congénito, por la cobertura del Tratamiento del Recién Nacido usted **tendría derecho al sublímite establecido en las Condiciones Particulares para el Recién Nacido durante el primer año de vida.** Antes de que cumpla el año de vida, usted podrá presentarnos informes actualizados del problema congénito para estudiar nuevamente su aceptación en Póliza.

¿Cómo se aplican los sublímites para embarazo?

- Si todo el proceso de embarazo y parto o embarazo y cesárea es realizado exclusivamente por los Servicios Médicos Recomendados (Médicos, pruebas complementarias y Hospitales) le serán eliminadas las franquicias y sublímites de reembolso.
- Si usted utiliza el reembolso en alguna de las atenciones sanitarias durante el proceso de embarazo y parto o embarazo y cesárea, mezclando reembolso y Cuadro Médico, serán de aplicación los sublímites estipulados en las Condiciones Particulares.

¿Qué no cubre?

- a) *Abortos no espontáneos y esterilizaciones, diagnóstico y tratamiento por infertilidad, así como anticoncepción y contracepción y tratamientos de preparación al parto.*

¿Qué franquicia se aplica?

Para esta garantía de Embarazo y Tratamiento del Recién Nacido, será a cargo de usted en concepto de franquicia el 20% de cada gasto justificado y cubierto.

¿Existe período de carencia?

Esta garantía **tomará efecto transcurridos 8 meses** desde la fecha de alta de cada Asegurada para las coberturas de atención al embarazo y parto o embarazo y cesárea y para las complicaciones del embarazo.

Para tener derecho a la cobertura de **Tratamiento del Recién Nacido es necesario que el parto se produzca una vez transcurridos 8 meses de alta de la madre en la Póliza.**

4. Garantía de Asistencia en Viaje

Garantía detallada en el Anexo II. Las coberturas comprendidas en la presente garantía tienen validez:

- a) en todo el territorio español, a partir del límite provincial de la residencia habitual del asegurado, salvo en Baleares y Canarias, donde será prestada a más de 10 Km. del domicilio habitual.
- b) en el resto del mundo y durante el tiempo que esté en vigor el presente contrato. Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, **no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.**

¿Qué cubre?:

- **Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos.**
- **Transporte o repatriación de los Asegurados.**
- **Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.**
- **Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.**
- **Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero.**
- **Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero.**
- **Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero.**
- **Transporte o repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes.**
- **Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.**
- **Envío de medicamentos, documentos y objetos personales.**
- **Transmisión de mensajes.**

5. Garantía de Segunda Opinión Médica

Mediante esta garantía se ofrece atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica formulada, relativa a segundos diagnósticos de enfermedades graves.

Los servicios serán prestados a través de sociedades médicas de reconocido prestigio y experiencia en Segunda Opinión Médica.

Serán beneficiarios todos los asegurados incluidos en la póliza, describiéndose en el Anexo III de estas Condiciones Generales las coberturas.

6. Asistencia Dental

Por la presente garantía, el Asegurador garantiza el acceso a los servicios detallados en las Condiciones Particulares de la póliza así como en el apartado “**Servicios Médicos Odontoestomatológicos Codificados**” de la Guía Dental, la cual forma parte de la documentación de la presente póliza y que se encuentra actualizada en la página web.

Los servicios odontoestomatológicos codificados se prestarán, exclusivamente, en los servicios publicados en la Guía Dental. En la presente garantía no se podrán entregar indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación del servicio dental, no obstante, el Asegurado podrá escoger libremente el profesional que desea le preste el servicio entre los concertados en la Guía Dental.

El Asegurado deberá identificarse con el documento acreditativo facilitado por el Asegurador ante los profesionales puestos a su disposición, ya sean de su provincia de residencia o de cualquier otra en que el Asegurador disponga de Guía Dental publicada.

Artículo 3º. Utilización de las Garantías

En las garantías de Asistencia Hospitalaria, Asistencia Extrahospitalaria, Embarazo y Tratamiento del Recién Nacido, sobre la base de la libertad de elección del médico o centro que desee, establecida en el objeto del Seguro (Artículo Primero), el Asegurado podrá decidir en cada caso si utiliza:

- Los servicios de cualquier facultativo o Centro que desee, ya sea en España o en el extranjero, siendo reembolsado por nosotros los gastos producidos, de acuerdo con las franquicias y sublímites establecidos y hasta el límite del capital contratado.
- El Cuadro Médico, sin franquicias y sin sublímites económicos, **hasta el límite del capital contratado, en los términos que se desarrollarán a continuación.** En este caso, los gastos son abonados directamente por nosotros.

1. Utilización del reembolso de gastos

En caso de que el Asegurado decida acudir a médicos o centros de su elección, la compañía reembolsará los gastos justificados **descontando la franquicia y hasta el sublímite que sea aplicable en cada caso.**

En ningún caso la cantidad asumida por Asegurado en concepto de franquicias en una misma anualidad de Seguro excederá de 1.500 Euros. En el momento en que usted supere esta cantidad, nosotros le reembolsaremos el 100% de los gastos sanitarios producidos **hasta el sublímite que sea aplicable en cada caso.**

2. Utilización del cuadro médico

Además de lo indicado anteriormente, el Asegurador entrega al Tomador del seguro una tarjeta identificativa de cada Asegurado. El Cuadro Médico con los hospitales y clínicas y las direcciones y horarios de sus facultativos, y los teléfonos de urgencias médicas a domicilio se encuentra actualizado en la web del Asegurador.

En caso de hospitalización:

- Usted deberá elegir de entre los hospitales o clínicas de cualquier provincia que figure en el Cuadro Médico y seguidamente deberá solicitar una autorización al menos 72 horas antes para hacernos cargo de las facturas correspondientes, llamando al teléfono de atención al Asegurado.
- En caso de hospitalización con carácter de urgencia, bastará la prescripción médica o el informe de ingreso de la clínica. En este caso, usted deberá comunicarnos lo antes posible, incluso por teléfono, tal circunstancia.

En caso de asistencia extrahospitalaria:

- Usted podrá acceder a nuestro Cuadro Médico directamente, identificándose ante el profesional o sanitario como Asegurado de Generali, presentando la tarjeta u otro medio de identificación y sólo deberá pedir autorización en caso de pruebas de diagnóstico invasivas que se practiquen en un centro hospitalario, los tratamientos especiales (excepto rehabilitación) y la medicina preventiva descritas en las Garantías 2.2, 2.3 y 2.4 del Artículo Segundo.

En caso de embarazo:

En caso de embarazo deberá solicitar autorización de la manera descrita anteriormente.

3. Ventajas de utilizar los servicios médicos recomendados

- Si usted utiliza exclusivamente los Servicios del Cuadro Médico, no serán de aplicación los sublímites económicos pactados establecidos en las Condiciones Particulares, salvo para lo indicado dentro de la garantía de Asistencia Extrahospitalaria, según aparece descrita en el

apartado 2, del artículo 1º de las presentes Condiciones Generales, referente **al límite del número de sesiones establecido por Asegurado y anualidad de Seguro en los tratamientos de Rehabilitación Funcional, y al número máximo de chequeos periódicos contemplados en la cobertura de Medicina Preventiva.**

- En caso de utilizar el Cuadro Médico, dentro de las condiciones del Seguro, el pago de los mismos será realizado por nosotros, sin que usted deba desembolsar cantidad alguna, ni soportar a su cargo ninguna franquicia, siempre que usted se identifique debidamente y/o haya obtenido nuestra conformidad previa.

En caso contrario será considerado como un reembolso de gastos normal, sujeto a los límites y franquicias correspondientes.

4. Suma asegurada o capital contratado

La suma asegurada o capital contratado, establecida en las condiciones particulares de la Póliza, constituye el límite total y máximo para el conjunto de los gastos reembolsables o abonables directamente al Cuadro Médico como consecuencia de la aplicación de las garantías contratadas para cada Asegurado, durante una anualidad de Seguro. Asimismo, la suma asegurada o capital contratado, constituye el límite máximo del conjunto de gastos reembolsables o abonables en varias anualidades por la utilización de las garantías con ocasión o como consecuencia de una misma enfermedad o accidente.

Artículo 4º. Terminación del Seguro

En el vencimiento anual de la Póliza posterior a la fecha en la que un Asegurado haya cumplido 74 años, las coberturas de la Póliza se extinguirán para él.

Nosotros le ofreceremos la posibilidad de continuar asegurado mediante una póliza con coberturas similares a través del Cuadro Médico.

La baja del tomador del seguro por haber alcanzado la edad de 74 años no supondrá la baja de los restantes Asegurados de la póliza, pudiendo continuar éstos incluidos en dicha Póliza.

Artículo 5º. Ámbito Territorial

Las garantías de este Seguro surten efecto por atenciones médico-sanitarias tanto en España como en el extranjero.

Si el Asegurado residiera más de 90 días de una anualidad de Seguro en el extranjero, las garantías del Seguro se reducen a los gastos médicos ocasionados en España.

Artículo 6º. Exclusiones Generales

Se excluyen de las coberturas del Seguro los siguientes riesgos, enfermedades y tratamientos:

- 1. Toda clase de enfermedades preexistentes al alta del Asegurado en la Póliza, así como las enfermedades y tratamientos que se deriven de ellas.**

Las atenciones médicas y sanitarias que se deriven de accidentes ocurridos a usted antes de causar alta en el Seguro.

Esta exclusión no se aplica a enfermedades preexistentes declaradas en la “Declaración de Estado de Salud”, que es la base de la Póliza, en los siguientes casos:

- Si una preexistencia ha sido declarada y han transcurrido dos años desde la fecha de alta del Asegurado en Póliza sin que se hayan manifestado síntomas ni hayan dado lugar a una consulta médica o requerido tratamiento o medicación para tal enfermedad o sus consecuencias, será cubierto por la Póliza, salvo que nosotros hubiéramos establecido condiciones específicas respecto a esa enfermedad para permitir el alta del Asegurado.**
 - Si su cobertura desde el alta del Asegurado en la Póliza ha sido expresamente aceptada por nosotros mediante cláusula en las Condiciones Particulares del Seguro.**
- 2. Defectos, deformaciones físicas preexistentes, defectos de refracción y anomalías congénitas o hereditarias, salvo lo previsto en la garantía: “Tratamiento del recién nacido” del Artículo Segundo, Garantía 3.3.**
 - 3. Todo tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la Póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por nosotros. La Acupuntura, la Homeopatía y la Organometría.**
 - 4. Medicina Preventiva no contemplada en el Artículo Segundo, Garantía 2.4., así como todo tipo de tratamiento preventivo, las vacunas y los medicamentos, a excepción de los suministrados en caso de ingreso hospitalario.**
 - 5. Enfermedades mentales o nerviosas, salvo la cobertura psiquiátrica descrita en la Garantía 1.5 y 2.6 del Artículo 2º “Garantías”. En ningún caso se amparan el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia, los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, las terapias de grupo, test psicológicos, curas de sueño, así como los tratamientos experimentales o no reconocidos o no avalados suficientemente por la comunidad científica correspondiente. También quedan excluidas las enfermedades o accidentes derivados del consumo de alcohol y drogas y la ludopatía.**
 - 6. Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades.**
 - 7. Todo tipo de tratamientos sobre procesos de los dientes y de las encías, salvo lo establecido en el punto 2.8 del Artículo 2º “Garantías” y salvo los definidos en condiciones particulares o los necesarios con motivo de un accidente cubierto por la Póliza que afecte a otros órganos distintos de la cavidad oral. En ningún caso se cubren las prótesis odontológicas.**
 - 8. Los gastos de adquisición, alquiler, mantenimiento y reparación de todo tipo de prótesis y aparatos ortopédicos y terapéuticos ni la adquisición de ninguna prótesis distinta a las descritas en la Garantía 1.7 del Artículo 2º “Garantías”. Los tratamientos no quirúrgicos de la apnea obstructiva del sueño.**
 - 9. Órganos o tejidos no artificiales, pudiendo quedar cubierta la intervención quirúrgica necesaria para su trasplante.**
 - 10. Autolesiones, intento de suicidio y las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional, actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, erupciones volcánicas, así como las consecuencias de daños nucleares tal como se definen en la Ley de Energía Nuclear, y por contaminaciones de carácter catastrófico, y epidemias declaradas como tales.**

11. *Enfermedades profesionales así definidas en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la participación del Asegurado en actividades profesionales, deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, tales como: actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, toreo, boxeo y carreras organizadas con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes.*
12. *El abono de gastos por asistencias sanitarias prestadas por el cónyuge, hermanos, ascendientes o descendientes de un Asegurado.*
13. *Los gastos que procedan de facultativos o centros de cuyos cargos el Asegurador haya considerado razonadamente suspender el reembolso, previo aviso al Asegurado de tal suspensión, que respecto a tratamientos en curso no tendrá lugar antes de dos meses desde el aviso.*
14. *El reembolso de gastos cuando el servicio objeto de la solicitud de reembolso haya sido prestado por un profesional o centro del Cuadro Médico.*
15. *Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas así como las determinaciones del mapa genético que tienen como finalidad el estudio de las causas de infertilidad y esterilidad de la pareja.*
16. *Se excluye cualquier acto médico para el tratamiento de la infertilidad.*
17. *Los tratamientos de tipo puramente estético (cirugía plástica, esclerosis de varículas, tratamientos cosméticos, curas de adelgazamiento, tratamiento de la obesidad e intervención quirúrgica de la miopía, hipermetropía y astigmatismo). No así la cirugía reparadora tras accidente o quemadura.*

Artículo 7º. Condiciones para la Incorporación al Seguro

Pueden ser Asegurados por la Póliza las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones y que figuren como tales en las Condiciones Particulares del Seguro o Suplemento posterior:

- **Edad:** La edad máxima de incorporación al Seguro se establece en 64 años, u otra que establezcamos en las Normas de contratación.
- **Recién nacidos:** Pueden ser incorporados al Seguro los recién nacidos desde el momento de su nacimiento, siempre que la madre haya sido dada de alta en el Seguro al menos 8 meses antes del nacimiento. En otro caso, el momento de incorporación al Seguro será la salida por alta médica del centro donde se atendió el nacimiento, cumplido el trámite de solicitud y aceptación.
- **Residencia:** El Asegurado debe residir en España un mínimo de 270 días en cada anualidad de Seguro.
Si el Asegurado residiera más de 90 días de una anualidad en el extranjero, las garantías del Seguro se reducen a los gastos médicos ocasionados en España.
- **Relación con el Asegurado Titular:** Pueden ser Asegurados en una Póliza cualquier persona mayor de edad, o menor emancipado, su cónyuge y los hijos solteros que convivan con el Asegurado titular bajo su dependencia económica.

Salvo pacto expreso en contra, deberán asegurarse conjuntamente todas las personas asegurables anteriores.

- Solicitud de Seguro y Aceptación: Para la incorporación al Seguro de un candidato, debe cumplimentarse y firmarse el impreso de solicitud con la correspondiente Declaración de Estado de Salud. Nosotros nos reservamos en cada caso el derecho de aceptar o rechazar la solicitud, o de proponer en su caso una modificación de las coberturas o condiciones especiales de aseguramiento.

Artículo 8º. Actuación en Caso de Siniestro

1. Aviso y documentación

Ocurrido un siniestro que afecte a alguna de las garantías con cobertura de reembolso de gastos, usted nos lo deberá comunicar lo más pronto posible, dentro siempre del plazo de siete días a contar de la primera asistencia recibida, utilizando la siguiente documentación:

- Impreso de “Solicitud de Indemnización” debidamente cumplimentado y, en caso de que le sea solicitado por nosotros, acompañado de un informe médico.

Para cada acto médico o siniestro se utilizará un impreso, salvo que se trate de actos médicos repetidos derivados de una misma dolencia, en que bastará hacer referencia al primer impreso remitido.

- En caso de Hospitalización se acompañarán a la “Solicitud de Indemnización” informe del médico que le atendió a usted explicativo del proceso de la enfermedad, incluyendo diagnóstico, antecedentes, fecha de inicio, causa y evolución de la enfermedad, así como alta médica.
- Las facturas originales serán detalladas, y deberán contener necesariamente el nombre o razón social, número de identificación fiscal (CIF-NIF) y número de colegiado del prestador del servicio, tipo de acto médico, persona a quien se prestó y fecha, además del desglose de conceptos si los hubiera.

Cualquier documentación que nos remita y que no incluya toda la información citada no será considerada como una declaración de siniestro válidamente realizada. Nosotros le notificaremos a usted la información adicional que requiramos.

Usted, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita y examen de nuestros médicos, así como cualquier averiguación o comprobación que nosotros consideremos necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que le hayan visitado y atendido a usted, y a los centros asistenciales en que le hayan prestado sus servicios, comprometiéndose a prestar su colaboración para la obtención de la información solicitada.

Usted deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá darnos toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que nosotros podamos reclamarle los daños y perjuicios que nos cause el retraso, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte de usted, en cuyo caso perderá el derecho al reembolso de los gastos.

Adicionalmente, para una mayor comodidad y rapidez, si lo desea, puede hacer estas gestiones en la página web: www.generali.es, apartado “Trámites de Salud”/“Reembolso Salud Solicitud”.

2. Procedimiento para el pago de indemnizaciones

- Nosotros le abonaremos a usted las cantidades garantizadas una vez hayamos recibido la documentación establecida en el apartado 1 de este Artículo Octavo y hayamos determinado la cobertura de la reclamación. A este fin, nosotros podremos obtener de cualquier otro Asegurador, entidad o persona, cualquier información relativa a la declaración de siniestro que consideremos necesaria, comprometiéndose usted a prestar su colaboración para ello.

La facturación de gastos realizada y pagada en divisas por usted así como los anticipos serán abonados por nosotros en España y en Euros al cambio del día del reembolso o anticipo.

Los gastos de traducción de los informes, facturas o recibos de honorarios médicos correrán a nuestro cargo exclusivamente si están redactados en idioma inglés, francés o portugués, siendo a cargo de usted si fueran en otro idioma o lengua.

- En todo caso nosotros nos reservamos la facultad de liquidar las facturas hospitalarias y recibos de honorarios médicos directamente a los centros asistenciales y a los profesionales.

Si nosotros no usamos esta facultad, usted podrá solicitar y nosotros concederle, adelantos a cuenta de las correspondientes facturas o minutas, debidamente justificadas, cuando el importe de éstas exceda de 600 Euros. Estos anticipos en ningún caso podrán exceder de las cuantías y limitaciones establecidas en la Póliza.

3. Resolución de controversias

- En caso de desacuerdo sobre el origen o la naturaleza de la enfermedad o asistencia prestada, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, está obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiese 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 vinculado 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, y las demás circunstancias que influyan en la determinación del Reembolso de Gastos conforme a la Póliza.
- Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad. De no existir esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria (art. 80) o en la legislación notarial. En estos casos, 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 nuestro caso, y ciento ochenta en el caso de ser impugnado por usted, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, nosotros deberemos abonar el importe del Reembolso señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

Artículo 9º. Primas

Las primas, establecidas conforme a nuestra tarifa vigente, se modificarán:

- Por variación del grupo familiar o modificación individual del riesgo que usted debe comunicarnos.
- Por cambio de edad, según nuestra tarifa vigente.
- Por modificación de nuestra tarifa, que le comunicaremos por escrito. Si no fuera de su conformidad, podrá optar por cancelar el contrato al término de la anualidad en curso, notificándolo por escrito en cualquier momento antes de su vencimiento.
- Por aplicación de la revalorización automática prevista en el Artículo Décimo de estas Condiciones Generales.

Artículo 10°. Revalorización Automática de Sumas Aseguradas

En las Garantías 1, 2 y 3 del Artículo Segundo, las sumas aseguradas fijadas en la Póliza, los sublímites, así como las primas, se ajustarán para cada anualidad de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumo, subrúbrica Servicios Médicos y Similares, publicado por el Instituto Nacional de Estadística, u otro índice u organismos que pudieran sustituirlos.

La modificación de la suma asegurada no será aplicable a los tratamientos iniciados con anterioridad, ni las modificaciones de los sublímites por Embarazo y Tratamiento del Recién Nacido, se aplicarán a los embarazos y nacimientos ya ocurridos.

Artículo 11°. Cláusulas Relativas a la Relación Derivada del Contrato de Seguro

1. Bases del contrato

- La Póliza del Seguro se confecciona atendiendo a las declaraciones que usted realiza en la solicitud del Seguro y en la Declaración de Estado de Salud y que motivan por nuestra parte la aceptación del riesgo, la asunción de las consecuencias de un siniestro dentro de los límites pactados y la fijación de la prima.
- Si el contenido de la Póliza difiere de la solicitud que usted efectuó, podrá reclamarnos que subsanemos la divergencia existente en el plazo de un mes a contar desde que recibió la Póliza. Transcurrido dicho plazo, se estará a lo dispuesto en la Póliza.
- La Póliza consta de las presentes Condiciones Generales y Condiciones Particulares Específicas, las Condiciones Particulares que individualizan nuestro contrato con usted, la Solicitud del Seguro y los Suplementos y recibos de prima que se emitan en adelante. Posteriormente, la póliza puede ser modificada, de acuerdo con el Tomador del seguro, mediante apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario, debidamente firmados.
- En el caso de que haya existido algún error, inexactitud u ocultación de datos en la Solicitud de Seguro por usted cumplimentada y fueran por usted conocidos, podremos rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tengamos conocimiento de dicha inexactitud. Si sucediera un siniestro sin haber tenido conocimiento de la misma, nuestra prestación se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la Póliza y la que hubiera debido pagarse, excepto si la inexactitud se hubiera producido mediante dolo o culpa grave de usted, quedando nosotros liberados del pago del siniestro. El presente contrato se somete a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR), y además se rige por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las Condiciones Particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, por pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

2. Toma de efecto y duración del contrato

Sin perjuicio de los plazos de carencia establecidos para cada garantía, las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares.

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

Salvo pacto en contrario, no se prorrogarán los contratos de duración inicial inferior a un año.

La cobertura del Seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la Póliza. Desde esa fecha usted no tendrá derecho al pago de gastos por asistencias sanitarias posteriores, aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción de la Póliza.

No obstante, cuando la extinción de la Póliza se produzca por nuestra oposición a la prórroga del contrato, y si usted estuviera en tratamiento facultativo conocido por nosotros en la fecha de extinción de la Póliza, le asistirá el derecho al abono de los gastos o la indemnización diaria, mientras persista dicho tratamiento hasta el límite de la parte no consumida de la suma asegurada y sin que en este caso el tratamiento cubierto exceda de los 180 días posteriores a la extinción de la Póliza. Nuestras obligaciones cesarán totalmente una vez que finalice el plazo señalado anteriormente. Esta extensión no es aplicable a la garantía de Asistencia en viaje.

3. Modificaciones en el riesgo

Usted deberá comunicarnos, tan pronto como le sea posible, cualquier circunstancia que agrave el riesgo por actividad profesional o práctica deportiva, entre otras, y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por nosotros en el momento de la perfección del contrato no lo habríamos celebrado o lo hubiéramos hecho en condiciones más gravosas.

Una vez conocida por nosotros la agravación y en el plazo máximo de dos meses desde que usted nos la haya comunicado, podremos proponerle una modificación de las condiciones de la Póliza, disponiendo usted de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla.

De la misma manera, podremos dar por terminado el contrato comunicándoselo por escrito a usted dentro de un mes, contando desde el día en el que tuvimos conocimiento de la agravación.

Si sucede un siniestro sin habernos comunicado la agravación, estamos liberados de nuestra prestación si usted actuó con mala fe. En otro caso, nuestra prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Usted podrá durante el curso del contrato, indicarnos todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y que sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por nosotros en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo usted derecho en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento en que nos comunicó la disminución del riesgo.

4. Pago de la prima

La prima del Seguro hay que pagarla por adelantado, tanto en la anualidad inicial como en las sucesivas, no entrando en vigor el contrato o quedando en suspenso mientras no se haya efectuado el pago. No obstante lo anterior, quedarán amparados los siniestros que puedan producirse durante el primer mes de la segunda o sucesivas anualidades siempre que se efectúe el pago de la prima correspondiente durante dicho mes, aún con posterioridad al siniestro.

En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas, nuestra cobertura queda en suspenso un mes después del día de su vencimiento.

Si dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima no le reclamamos el pago de la misma, el contrato queda extinguido por ley.

5. Comunicaciones y notificaciones entre las partes

1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato

Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se registrarán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un soporte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones

El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes

Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros

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

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador efectúe al Tomador o a los Asegurados a través del agente o corredor de seguros que medie o haya mediado la operación surtirán los mismos efectos que si las hubiera realizado directamente el Asegurador.

6. Legislación aplicable

Este contrato de Seguro queda sometido y se rige por las leyes españolas.

7. Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato el del domicilio del Asegurado en España, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

8. Subrogación

Una vez abonados los gastos de una asistencia, nosotros podremos ejecutar las acciones o derechos que por razón del siniestro debido a enfermedad o accidente le correspondiera a usted frente a las personas responsables del mismo hasta el límite de la cantidad satisfecha.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra su cónyuge, ni otros familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, padres adoptantes o hijos adoptivos, que convivan con usted. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un 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 de usted y nosotros frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a nuestro respectivo interés.

Ustedes se comprometerán a prestar toda su colaboración a este fin.

Anexo I. Grupos de clasificación de actos médicos e intervenciones quirúrgicas

La siguiente Clasificación en Grupos de los actos médicos de las intervenciones quirúrgicas se establece conforme a la “Clasificación Terminológica de actos y técnicas médicas de la Organización Médica Colegial de España (O. M. C.) de Enero de 1.992.”

Grupo 1: Incluye los Grupos O y I, así como el Grupo III de Nefrología y de Medicina Intensiva de la clasificación anteriormente citada, contemplando procesos como por ejemplo: Esclerosis de varices, amigdalectomía, fracturas simples, chalazión y todos los actos médicos o intervenciones similares por su técnica e importancia.

Grupo 2: Incluye los Grupos II y III, contemplando procesos como por ejemplo: Hemorroides, hernias inguinales y crurales, sinusitis maxilar, luxaciones y todos los actos médicos o intervenciones similares por su técnica e importancia.

Grupo 3: Incluye los Grupos IV y V, contemplando procesos como por ejemplo: Safenectomía (extirpación de varices), quiste de ovario, cataratas, apendicetomía, meniscectomía, prostatectomía, hernia discal (excepto cervical) y todos los actos médicos o intervenciones similares por su técnica e importancia.

Grupo 4: Incluye los Grupos VI, VII y VIII, salvo las excepciones incluidas en el Grupo 5 siguiente, contemplando procesos como por ejemplo: Gastrectomía, estenosis valvulares cerradas, hernia discal cervical, vitrectomía y todos los actos médicos o intervenciones similares por su técnica e importancia.

Grupo 5: Incluye los Grupos Especiales y el Grupo VIII de Cirugía Vasculuar, Neurocirugía, Angiología y Cirugía Vasculuar, así como los Trasplantes Renales y hepáticos de todas las especialidades, contemplando procesos como por ejemplo: Aneurismas toracoabdominales, cirugía del infarto agudo de miocardio, cirugía de la isquemia cerebral, politraumatizados y lesiones múltiples complejas, y todos los actos médicos o intervenciones similares por su técnica e importancia.

En todo caso la clasificación del Grupo se ajustará a la especialidad del médico especialista que haya realizado la prestación.

En caso de intervenciones múltiples con vía de abordaje distinta pero en un mismo tiempo quirúrgico, el límite parcial será el del Grupo de clasificación más alto y el 60% del otro Grupo, y con un máximo de dos grupos.

Anexo II. Asistencia en Viaje

Esta Garantía está asegurada por EUROP ASSISTANCE ESPAÑA

Las coberturas comprendidas en la presente garantía tienen validez:

- a) en todo el territorio español, a partir del límite provincial de la residencia habitual del asegurado, salvo en Baleares y Canarias, donde será prestada a más de 10 Km. del domicilio habitual.

- b) en el resto del mundo y durante el tiempo que esté en vigor el presente contrato. Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

Descripción de las coberturas:

- **Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos.** En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Asegurador se hará cargo:
 - a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
 - b) Del control por parte de su equipo médico en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
 - c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

- **Transporte o repatriación de los Asegurados.**

Cuando a uno de los Asegurados se le haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.
 - b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto a), anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.
- **Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.**

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación en España del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

- **Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.**

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado fuera de la provincia de su residencia habitual el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 150 Euros por día y con un máximo de 10 días.

- **Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero.**

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

Cantidades máximas cubiertas a consecuencia de un accidente o de una enfermedad por Asegurado:

- por eventos sobrevenidos en el extranjero hasta 12.000 Euros por el conjunto de gastos producidos fuera de España.

- **Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero.**

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas se requiriera un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de 300 Euros.

La presente garantía surtirá efecto únicamente cuando el Asegurado se encuentre en el extranjero.

- **Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero.**

Cuando sea de aplicación la cobertura anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 150 Euros por día y con un máximo de 10 días. La presente garantía surtirá efecto únicamente cuando el Asegurado se encuentre en el extranjero.

- **Transporte o repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes.**

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

- **Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.**

En caso de robo de equipajes y efectos personales, el Asegurador prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o de extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas, el Asegurador se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

- **Envío de medicamentos, documentos y objetos personales.**

El Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para el tratamiento del Asegurado, prescritos por un facultativo, y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre. Asimismo se encargará de enviar al Asegurado aquellos documentos que hubiere olvidado y que resultaran indispensables para la continuación del viaje.

- **Transmisión de mensajes.**

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

Exclusiones específicas de la Garantía de Asistencia en Viaje.

- *Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.*
- *Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.*
- *Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.*
- *La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular, a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.*
- *El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.*
- *Los gastos de prótesis, gafas y lentillas.*
- *Los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses.*
- *Cualquier tipo de enfermedad mental.*
- *Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.*
- *Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9,02 Euros.*
- *En caso de fallecimiento: Los gastos de inhumación y ceremonia.*

Normas para la utilización de la Garantía de Asistencia en Viaje.

La prestación del servicio de Asistencia en Viaje está sometida a las siguientes normas:

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubieran incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Anexo III. Segunda Opinión Médica

1. Los servicios objeto de esta garantía serán prestados a través de sociedades médicas de reconocido prestigio y experiencia en Segunda Opinión Médica (en adelante Prestador).

2. Beneficiarios

Podrán solicitar estos servicios aquellas personas que se encuentren incluidas en la póliza como asegurados, que tengan contratada la presente garantía.

3. Objeto de la Garantía

Ofrecer a las personas que figuran como asegurados, el servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica formulada al Prestador, relativa a segundos diagnósticos de enfermedades graves.

A título enunciativo pero no delimitativo se entenderán como enfermedades graves el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad idiopática de Parkinson (parálisis agitans), enfermedad de Alzheimer y esclerosis múltiple.

4. Ámbito Territorial

El asegurado podrá acceder a estos servicios desde cualquier lugar del mundo.

5. Prestaciones Incluidas

- Acceso a la opinión de los más reconocidos expertos médicos en todo el mundo.
- Envío de la documentación diagnóstica al especialista para la emisión del informe.
- Remisión al Asegurado (y/o a su equipo médico) de la respuesta mediante un informe que contendrá un resumen del caso, el motivo de la consulta, informe de los médicos expertos y curriculum de los mismos.
- Solicitud de ampliación de información médica sobre el caso consultado, si fuera necesario.
- Selección de expertos y centros hospitalarios para el tratamiento.
- Asesoramiento en caso de traslado del Asegurado para recibir atención en los centros sugeridos por el Prestador, incluida la gestión de citas con médicos, trámites de ingreso en hospitales y coordinación del traslado.
- Obtención de presupuestos y costes estimados de la hospitalización y tratamiento así como revisión y control de las facturas emitidas por el tratamiento.

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léalas atentamente y solicite todas las aclaraciones que considere oportuno a su Mediador o en cualquiera de las sucursales de Generali.

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léalas atentamente y solicite todas las aclaraciones que considere oportuno a su Mediador o en cualquiera de las Sucursales de Generali.

www.generali.es

generali.es

