

GENERALI ACCIDENTES FAMILIAR

Condiciones Generales
y Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Índice

Condiciones Generales	4
Cláusula Informativa	4
Artículo 1.º ¿Qué Accidentes cubre este Seguro?	6
Artículo 2.º ¿Qué Accidentes no cubre este Seguro?	7
Artículo 3.º ¿Qué Garantías pueden contratarse en el Seguro de Accidentes Familiar?	9
Artículo 4.º ¿Cuál es el ámbito geográfico de cobertura del Seguro?	9
Artículo 5.º ¿Quién no puede asegurarse?	10
Artículo 6.º ¿Cuándo se inicia la cobertura del Seguro?	10
Artículo 7.º ¿Cuál es la duración del Seguro?	10
Artículo 8.º ¿Qué debe declarar el Tomador y cómo deben ser sus declaraciones?	11
Artículo 9.º ¿Qué se debe hacer cuando hay variaciones en alguna de las declaraciones efectuadas?	11
Artículo 10.º ¿Qué hacer en caso de detectar defectos en el contrato?	12
Artículo 11.º ¿Qué otros derechos ofrece el Seguro?	12
Artículo 12.º ¿Qué es necesario saber respecto al pago de primas?	13
Artículo 13.º ¿A quién deben dirigirse las comunicaciones relativas al Seguro?	14
Artículo 14.º ¿Cómo mantener permanentemente actualizados los importes de las prestaciones?	15
Artículo 15.º ¿En qué circunstancias finaliza el Seguro?	15
Artículo 16.º ¿Qué hacer en caso de siniestro?	16

Artículo 17.º	¿Cuáles son los criterios de indemnización en caso de siniestro?	17
Artículo 18.º	¿Pueden cobrarse varias prestaciones en caso de siniestro?	18
Artículo 19.º	¿Cuándo prescriben las acciones derivadas del Seguro?	18
Artículo 20.º	¿Cuál es la jurisdicción competente?	18
Artículo 21.º	¿Quién y cómo se cubren los denominados “Riesgos Extraordinarios”?	18

Condiciones Generales Específicas **21**

2A.01 Seguro de Fallecimiento por Accidente **21**

Artículo 1º	¿Qué cobertura se ofrece a través de esta Garantía?	21
Artículo 2º	¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?	21
Artículo 3º	¿Quiénes pueden estar cubiertos por esta Garantía?	21
Artículo 4º	¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?	22
Artículo 5º	¿Quiénes serán los Beneficiarios de la prestación?	22
Artículo 6º	¿En qué consiste el servicio de gestoría y asesoramiento a los Beneficiarios?	22
Artículo 7º	¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?	23
Artículo 8º	¿Cuándo se hace efectivo el pago de la prestación?	23

2A.02 Seguro de Invalidez Permanente por Accidente **24**

Artículo 1º	¿Qué cobertura ofrece esta Garantía?	24
Artículo 2º	¿Quiénes pueden estar cubiertos por esta Garantía?	24
Artículo 3º	¿Cuándo se produce una Invalidez Permanente a efectos de esta Garantía?	24
Artículo 4º	¿Cómo se determina el “grado de Invalidez” indemnizable por esta Garantía?	25
Artículo 5º	¿Cuándo y quién valorará el “grado de Invalidez” indemnizable?	27
Artículo 6º	¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?	27
Artículo 7º	¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?	27

Artículo 8°	¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?	28
-------------	--	----

Artículo 9°	¿Cuándo se hace efectivo el pago de la prestación?	28
-------------	--	----

2A.03 Seguro de Hospitalización por Accidente

Artículo 1°	¿Qué cobertura se ofrece a través de esta Garantía?	29
-------------	---	----

Artículo 2°	¿Cuándo se inicia el derecho a percibir la indemnización por Hospitalización?	29
-------------	---	----

Artículo 3°	¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?	30
-------------	--	----

Artículo 4°	¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?	30
-------------	---	----

Artículo 5°	¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?	30
-------------	--	----

2A.04 Seguro de Asistencia Personal

Artículo 1°	¿Qué cobertura se ofrece a través de esta Garantía?	32
-------------	---	----

Artículo 2°	¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?	33
-------------	--	----

Artículo 3°	¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?	34
-------------	---	----

Artículo 4°	¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?	34
-------------	--	----

Artículo 5°	¿Cómo solicitar las prestaciones de la presente Garantía?	36
-------------	---	----

2A.05 Seguro de Asistencia en Viaje

Artículo 1°	¿Qué coberturas se ofrecen a través de esta Garantía?	37
-------------	---	----

Artículo 2°	¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?	39
-------------	--	----

Artículo 3°	Normas para la utilización de esta Garantía	40
-------------	---	----

Artículo 4°	¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?	40
-------------	---	----

Cláusula Informativa

La presente Cláusula Informativa tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 96.1 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 registrará 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 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..

Conceptos básicos y definiciones

A los efectos del presente Seguro, se entenderá por:

La Compañía: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, es la persona jurídica que, en condición de Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las prestaciones aseguradas.

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones y deberes que del mismo se deriven, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: Cada una de las personas físicas sobre cuya vida o integridad corporal se ha contratado el Seguro. Puede, si lo desea, sustituir al Tomador en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato.

Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato en caso de siniestro.

Póliza: Es el documento que contiene las condiciones que regulan el contrato de Seguro, y donde quedan recogidas las declaraciones, datos y pactos establecidos entre las partes. Forman parte de la póliza la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Generales Específicas de cada una de las Garantías contratadas, y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o Apéndices que se emitan para modificar o completar la póliza.

Solicitud de Seguro: Documento impreso facilitado por la Compañía y suscrito por el Tomador, por el que éste unilateralmente manifiesta su deseo de contratar el Seguro. En la Solicitud se detallan los datos necesarios para la formalización del Seguro, la persona o personas a asegurar, las Garantías a contratar, así como la declaración de todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y demás elementos necesarios para que la Compañía calcule la prima. Forma parte indivisible de la póliza.

Condiciones Generales: Regulan los principios básicos del Seguro, los derechos y deberes de las partes en relación con el nacimiento, vida y extinción del contrato de Seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones Generales Específicas: Regulan el alcance de la cobertura de las distintas Garantías que ofrece el Seguro de Accidentes. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones Particulares: Regulan y recogen los datos propios e individuales de cada contrato, así como las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las Condiciones Generales o Condiciones Generales Específicas en los términos que sean permitidos por la Ley. Forman parte indivisible de la póliza.

Suplementos o Apéndices: Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el Tomador del Seguro, mediante Apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Prima: Precio del Seguro que está obligado a abonar el Tomador. El recibo contendrá además los impuestos y recargos que sean de legal aplicación.

Accidente: A los efectos del presente Seguro, se entiende por Accidente la lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca la Invalidez Temporal, Invalidez Permanente o el Fallecimiento del mismo. **No se consideran Accidentes las enfermedades de cualquier naturaleza, ni las consecuencias de influencias puramente psíquicas. Tampoco se consideran Accidentes aquellos supuestos que expresamente quedan excluidos de cobertura, de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales, en las Condiciones Generales Específicas o en las Condiciones Particulares de la póliza.**

Invalidez Permanente Absoluta: La situación física permanente e irreversible determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de cualquier actividad remunerada.

Gran Invalidez: La situación física permanente e irreversible que haga absolutamente necesaria la asistencia de otra persona para que el Asegurado pueda realizar cualquier función elemental de la vida tales como: comer, vestirse, desplazarse y similares.

Siniestro: Supuesto en que se produce un Accidente cubierto por la póliza, conforme a las Garantías específicamente relacionadas en las Condiciones Particulares de la misma.

Artículo 1.º ¿Qué Accidentes cubre este Seguro?

La Compañía garantiza el pago de las indemnizaciones y prestaciones previstas en las Condiciones Particulares de la póliza cuando el Asegurado resulte con lesiones corporales causadas por un Accidente cubierto por el Seguro.

Se cubren los Accidentes que pueda sufrir el Asegurado, tanto durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas como durante cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional, con los límites y excepciones que figuran en estas Condiciones Generales, en las Condiciones Generales Específicas y en las Condiciones Particulares.

En particular, se consideran Accidentes, a efectos del presente Seguro, las lesiones sufridas como consecuencia de las siguientes situaciones:

- 1.1. Los envenenamientos, salvo los ocurridos por la ingestión de productos alimenticios en mal estado o por abuso de productos alcohólicos, estupefacientes o alucinógenos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos.**

- 1.2. Por la caída del rayo, insolaciones y congelaciones, así como los efectos de una exposición prolongada al calor y al frío, a las que el Asegurado no haya podido sustraerse por causa de Accidente amparado por la póliza.
- 1.3. La asfixia por inmersión, excluyéndose en todo caso la práctica de inmersiones subacuáticas ya sea submarinismo y/o pesca submarina, tanto a pulmón libre como mediante la utilización de aparatos de respiración autónoma, salvo pacto en contrario y abono de la correspondiente sobreprima.
- 1.4. Los gastos médicos y quirúrgicos que requiera el Asegurado como consecuencia de la acción negligente del facultativo que intervino en su curación por un accidente cubierto por la póliza, siempre que dicha negligencia del facultativo haya sido confirmada mediante resolución judicial firme en vía civil o penal.
- 1.5. Las agresiones, tumultos populares y los actos de legítima defensa siempre que no sean provocados por el Asegurado o participe en ellos activamente.
- 1.6. Los actos realizados por deber de solidaridad humana.
- 1.7. Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos.
- 1.8. Las mordeduras de todo tipo de animales y picaduras de insectos.
- 1.9. Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, salvo los citados en el artículo 2.4 de las presentes Condiciones Generales.
- 1.10. Las lesiones producidas ocupando o conduciendo motocicletas de cualquier cilindrada, salvo estipulación en contra en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 1.11. Las lesiones que sufran los Asegurados menores de 14 años de edad a consecuencia de riñas y peleas.
- 1.12. Para los Asegurados menores de 14 años de edad, y en las prestaciones de Invalidez Permanente y Muerte (Gastos de Sepelio), también se considerarán Accidentes las siguientes enfermedades: poliomielitis, difteria, escarlatina, sarampión, viruela, meningitis cerebroespinales, encefalitis y tétanos, siempre que la enfermedad se diagnostique después de 15 días de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza. Esta ampliación no tendrá aplicación en aquellos Seguros cuya cobertura no abarque las 24 horas del día.

Artículo 2º ¿Qué Accidentes no cubre este Seguro?

Además de las exclusiones que figuran en las Condiciones Generales Específicas de cada una de las Garantías que ofrece este Seguro, quedan expresamente excluidas de la cobertura del mismo, de forma general, los accidentes y/o lesiones que se produzcan o sean consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

- 2.1. Mala fe del Asegurado, autolesiones, suicidio o su tentativa.**
- 2.2. Actos dolosos o criminales cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.**
- 2.3. Los Accidentes ocurridos en estado de embriaguez manifiesta, alcohólica o tóxica, enajenación mental, uso de drogas, así como por acciones delictivas propias. También los derivados de la utilización o conducción de un vehículo por persona que carezca del Permiso de Conducción o del correspondiente a la categoría del**

vehículo de que se trate, o que lo tenga anulado, suspendido o retirado por condena judicial o por decisión administrativa.

- 2.4. La práctica del boxeo, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, bobsleigh y pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso los entrenamientos oficiales o privados.*
- 2.5. Los Accidentes debidos a hechos de guerra (haya o no declaración de guerra), terrorismo, insurrección, invasión, participación en tumultos populares, movimientos sísmicos, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en tiempo de Paz, terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos, influencias térmicas y atmosféricas, salvo las previstas en el apartado 1.2. de estas Condiciones Generales.*
- 2.6. La radiación nuclear y la contaminación radioactiva.*
- 2.7. Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, salvo que deriven de accidente cubierto por la póliza.*
- 2.8. Enfermedades de cualquier naturaleza, incluido el Infarto de Miocardio, el Accidente Cerebrovascular y cualquiera de las manifestaciones y consecuencias del S.I.D.A.*
- 2.9. Los Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, aún cuando sus efectos pudieran manifestarse después.*
- 2.10. Para las personas aquejadas de una miopía superior a 8 dioptrías, quedan excluidos de cobertura los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina.*
- 2.11. Los Accidentes de aviación sufridos por personas que normalmente viajen formando grupo, como equipos deportivos, masas corales y similares, y los accidentes de aviación sufridos por personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.*
- 2.12. Los daños producidos por hechos o fenómenos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, aún cuando dicha entidad no la admita por incumplimiento de las normas establecidas en su Reglamento y disposiciones vigentes en la fecha de ocurrencia del siniestro, así como los daños calificados por el Gobierno de la nación como de "catástrofe o Calamidad Nacional". La Compañía tampoco se hará cargo de las diferencias entre los daños producidos y las cantidades indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros, en razón de la aplicación de franquicias, detracciones o aplicación de reglas proporcionales u otras limitaciones aplicadas por dicha entidad.*
- 2.13. Quedan asimismo excluidos de cobertura, salvo estipulación expresa en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la sobreprima correspondiente, los accidentes derivados de los riesgos suplementarios siguientes:*
 - 2.13.1. La práctica de escalada, espeleología, alpinismo, paracaidismo, ascensiones en globo, planeador, motoplano, aviones ultraligeros, ala delta, puenting, barranquismo, rafting, hidrospeed, parapente, inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros de profundidad, polo, rugby, hockey, así como la práctica de cualquier deporte realizada profesionalmente.*
 - 2.13.2. El ejercicio por el Asegurado de la actividad de piloto, alumno-piloto o miembro del personal de la tripulación de una aeronave, tanto civil como militar.*
- 2.14. Las lesiones como lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias y hernias de todas sus clases y consecuencias, aunque sean derivados de un accidente cubierto por la Póliza.*

2.15. Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.

Artículo 3.º ¿Qué Garantías pueden contratarse en el Seguro de Accidentes Familiar?

Las prestaciones garantizadas por la póliza son las acordadas entre Tomador y Compañía, y son las que constan expresamente relacionadas en las Condiciones Particulares de la misma. Su regulación complementaria se establece en las Condiciones Generales Específicas de cada Garantía, que figuran a continuación de estas Condiciones Generales.

Las Garantías que el Tomador puede contratar en el presente Seguro de Accidentes Familiar, para cada Asegurado, son las siguientes:

3.1. Prestaciones a consecuencia de Accidente:

- Por Fallecimiento
(Condición General Específica 2A.01).
- Por Invalidez Permanente
(Condición General Específica 2A.02)
- Por Hospitalización
(Condición General Específica 2A.03)
- Por Asistencia Personal
(Condición General Específica 2A.04)
- Por Asistencia en Viaje
(Condición General Específica 2A.05)

Artículo 4.º ¿Cuál es el ámbito geográfico de cobertura del Seguro?

4.1. Sin perjuicio de lo indicado en el apartado 2, de este artículo, el Asegurado estará cubierto por la póliza siempre que mantenga su residencia habitual o domicilio en territorio español.

Se entiende que el Asegurado tiene su residencia habitual en territorio español si permanece en él más de 183 días dentro del año natural.

Si el Asegurado traslada su residencia habitual al extranjero quedarán suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad de Seguro correspondiente.

4.2. Para las Garantías de Fallecimiento, Invalidez Permanente y Asistencia en Viaje el Seguro ofrece cobertura en todo el mundo.

Para el resto de Garantías, el Asegurado únicamente estará cubierto en el territorio de la Unión Europea.

Artículo 5.º ¿Quién no puede asegurarse?

En ningún caso podrán estar aseguradas por el presente Seguro:

- **Las personas aquejadas de ceguera o fuerte miopía (más de 12 dioptrías), sordera completa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo y las que hayan sufrido ataques de apoplejía o de “delirium tremens”, y en general cualquier otra patología que a juicio del Asegurador pueda influir en la ocurrencia de un accidente o agravar las consecuencias del mismo.**
- **Las personas mayores de 70 años.**
- **Los menores de 14 años de edad y los incapacitados, en el riesgo de muerte, excepto para la cobertura de los gastos de sepelio.**

Artículo 6.º ¿Cuándo se inicia la cobertura del Seguro?

El contrato de Seguro queda formalizado mediante la firma de las Condiciones Particulares de la póliza por el Tomador, por el/los Asegurados, y por el representante de la Compañía. Si un Asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El efecto del Seguro, y por tanto, la cobertura, se inicia en la fecha y hora que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que ésta haya sido firmada por las partes y el Tomador haya satisfecho el primer recibo de prima. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Artículo 7.º ¿Cuál es la duración del Seguro?

El Seguro se contrata con una **duración anual** a contar desde la fecha de efecto indicada en Condiciones Particulares de la póliza, **salvo estipulación en contrario** en las mismas.

A la expiración de dicho plazo, o del estipulado en Condiciones Particulares, el contrato quedará **tácitamente prorrogado** por un año. 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. **Si el Seguro se contrató inicialmente por un periodo inferior al año, no habrá lugar a prórroga**, salvo pacto en contrario.

La prórroga tácita operará del modo indicado, salvo estipulación en contrario en Condiciones Particulares o en Condiciones Generales Específicas, hasta que finalice la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad, causando éste entonces baja de la póliza automáticamente, y extinguiéndose el contrato, de no existir más Asegurados.

Artículo 8.º ¿Qué debe declarar el Tomador y cómo deben ser sus declaraciones?

La Compañía formaliza el Seguro de Accidentes y determina el importe de la prima a satisfacer por el Tomador en base a las declaraciones formuladas por éste y, en su caso, por el Asegurado, en la correspondiente Solicitud de Seguro.

El Tomador tiene la obligación de declarar, en el cuestionario que contiene la Solicitud, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo a cubrir por la Compañía.

En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador, la Compañía podrá rescindir el contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde que conozca de dicha reserva o inexactitud, quedando en poder de la Compañía, salvo que medie dolo o culpa grave por su parte, las primas del periodo en curso.

Si ocurriera un siniestro antes de que la Compañía haya efectuado tal comunicación, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima inicialmente convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer dichas circunstancias. Si el Tomador o el Asegurado han obrado de mala fe, la Compañía quedará liberada de la obligación de pago de la prestación correspondiente.

El Tomador del Seguro debe comunicar a la Compañía la existencia o la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes o de Vida que se refiera al Asegurado o Asegurados por el presente contrato, y que cubra durante idéntico período de tiempo cualquiera de los riesgos amparados por esta póliza. El incumplimiento de dicho deber dará lugar a que la Compañía pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

Artículo 9.º ¿Qué se debe hacer cuando hay variaciones en alguna de las declaraciones efectuadas?

Durante la vigencia del Seguro el Tomador, o en su caso el Asegurado, deben comunicar y declarar a la Compañía cualquier circunstancia que suponga una modificación del riesgo asumido por la misma. Así, debe declararse cualquier cambio que suponga:

9.1. Agravación del Riesgo: El Tomador o, en su caso, el Asegurado, vienen obligados, durante el curso del Seguro, a declarar y comunicar a la Compañía todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido la Compañía antes del inicio del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo habría hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro.

En este caso, la Compañía podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación del riesgo. El Tomador del Seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, podrá la Compañía, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al Tomador, concediéndole un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual, y dentro de los ocho días siguientes, deberá la Compañía comunicar la rescisión definitiva al Tomador.

La Compañía podrá asimismo rescindir el contrato comunicándolo al Tomador del Seguro dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En caso de que el Tomador o el Asegurado no hubiera efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, la Compañía queda liberada del pago de la prestación, si el Tomador o Asegurado hubieran actuado de mala fe. En otro caso, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

9.2. Disminución del Riesgo: el Tomador o, en su caso, el Asegurado, podrán declarar durante la vigencia del contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Compañía en el momento del inicio del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos.

En este supuesto, al finalizar el período en curso del Seguro, la Compañía deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento en que se haya puesto en conocimiento de la Compañía la disminución del riesgo.

Artículo 10.º ¿Qué hacer en caso de detectar defectos en el contrato?

Si el contenido de la póliza difiere de lo indicado en la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza. **Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.**

Artículo 11.º ¿Qué otros derechos ofrece el Seguro?

11.1. Resolución unilateral del contrato: El Tomador en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses tiene la facultad de resolver unilateralmente el contrato de Seguro dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha en que la Compañía le entregue la póliza.

Esta facultad debe ejercerse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de la fecha indicada en el párrafo anterior, cesará la cobertura del Seguro, y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

11.2. Designación de beneficiarios: Es derecho exclusivo del Tomador la designación de Beneficiarios de la póliza, y la modificación de dicha designación.

El Tomador puede revocar la designación en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación de beneficiarios puede efectuarse en la póliza, en cuyo caso se hará constar en las Condiciones Particulares, en posterior declaración escrita comunicada a la Compañía, o por testamento. El cambio o revocación de beneficiario deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Artículo 12.º ¿Qué es necesario saber respecto al pago de primas?

Los aspectos más relevantes son los siguientes:

12.1. Indivisibilidad y Fraccionamiento de la prima: Las primas del Seguro son anuales, salvo que el Seguro se haya contratado por un tiempo inferior al año, en cuyo caso se constituirá como prima única.

No obstante, en el caso de prima anual, podrá convenirse el fraccionamiento del pago en porciones semestrales, trimestrales o mensuales, siempre que se respete en todo momento el importe de recibo mínimo que tenga estipulado la Compañía. El fraccionamiento de pago de la prima anual no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la misma.

12.2. Momento del pago de la prima: El pago de la primera prima se efectuará en el momento del inicio del contrato, y el de las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

12.3. Falta de pago de la primera prima: Si por culpa del Tomador del Seguro no se hubiese pagado la primera prima, o la prima única en su caso, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía quedará liberada de toda obligación.

12.4. Falta de pago de alguna de las primas sucesivas: En caso de falta de pago de alguna de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Compañía quedará suspendida un mes después del día en que la misma fuera exigible.

Si la Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, la Compañía sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó la prima.

12.5. Lugar de pago de las primas: El domicilio de pago de las primas será el del Tomador del Seguro, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se determine lugar distinto.

12.6. Domiciliación bancaria: Si se conviene el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del Seguro entregará a la Compañía, junto con la Solicitud de Seguro, una Orden de domiciliación bancaria, dirigida a su Banco o Caja de Ahorros, dando la autorización oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, este no se hubiera hecho efectivo. En este caso, la Compañía notificará al Tomador que tiene el recibo de prima a su disposición en el domicilio de la Compañía o en el de su correspondiente representante, lugar donde el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima.
- c) Si la Compañía dejase transcurrir el plazo de un mes a partir de día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador, aquélla estará obligada a notificarle tal hecho por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique a la Compañía la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía.

12.7. Pago de los Tributos: El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza y en cualquier momento de la vida de la póliza que se devenguen por razón de este Seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el Tomador o, en su caso, por el Asegurado, por el Beneficiario o por sus respectivos derechohabientes.

12.8. Pago realizado a Agente, o a Corredor de Seguros: El pago del importe de las primas que efectúe el Tomador a un Agente afecto de la Compañía surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de Seguro.

El pago del importe de las primas efectuado por el Tomador a un Corredor de Seguros no se entenderá realizado a la Compañía, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el recibo de prima original de la Compañía.

Artículo 13.º ¿A quién deben dirigirse las comunicaciones relativas al Seguro?

13.1. 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 regirán 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.

13.2. 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.

13.3. 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.

13.4. 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 la hubiera realizado directamente el Asegurador.

Artículo 14.º ¿Cómo mantener permanentemente actualizados los importes de las prestaciones?

El Tomador puede contratar, opcionalmente, un sistema de revalorización automática del importe de las prestaciones garantizadas. Esta opción deberá indicarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

La revalorización automática se aplicará tanto al importe de las prestaciones garantizadas como al resto de cantidades fijas establecidas como límites de cobertura de las prestaciones contratadas.

El importe de las prestaciones garantizadas y límites de cobertura indicados será el que corresponda a la anualidad de Seguro en que se haya producido el accidente cubierto por la póliza.

Artículo 15.º ¿En qué circunstancias finaliza el Seguro?

La cobertura del Seguro finaliza, para cada Asegurado, en las siguientes circunstancias:

15.1. Por edad del Asegurado: Al término de la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla la edad señalada en las Condiciones Generales Específicas de cada una de las Garantías contratadas.

15.2. Por fallecimiento o Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado.

15.3. Por decisión unilateral de las partes: Cuando el Tomador o la Compañía comuniquen su voluntad de darlo por terminado, antes de los 30 días de expiración de la anualidad en curso si fuese a instancias del Tomador, o de los 60 días si fuese la Compañía.

15.4. Por falta de pago de la prima: En caso de que el Tomador deje de pagar una prima vencida, y la Compañía no la haya reclamado en el plazo de seis meses después del vencimiento de la misma, se entenderá que el contrato queda extinguido.

15.5. Por nulidad de la póliza: El Seguro será nulo si en el momento de su conclusión ya hubiera ocurrido el siniestro.

15.6. Por ausencia de Asegurados: El contrato de Seguro quedará extinguido cuando no quede ningún Asegurado cubierto en la póliza.

15.7. En los demás casos previstos en las Condiciones Generales Específicas de cada una de las Garantías del Seguro.

Artículo 16.º ¿Qué hacer en caso de siniestro?

El Beneficiario o Beneficiarios, el Asegurado, o el Tomador, según el caso, deberán comunicar a la Compañía, por escrito, el acaecimiento del hecho que pueda dar lugar a una prestación del Seguro, dentro del **plazo máximo de 7 días** de haberse producido o de haber sido conocido por cualquiera de aquéllos.

El Beneficiario o Beneficiarios, el Asegurado, o el Tomador, según el caso, deberán facilitar a la Compañía toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. También deberán aminorar en lo posible las consecuencias del mismo.

En caso de Accidente, el Beneficiario o Beneficiarios, el Asegurado, o el Tomador, según el caso, quedan también obligados a:

- Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado; **el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del Seguro y la Compañía quedaría liberada de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.**
- Permitir en cualquier caso el examen del Asegurado por los médicos que designe la Compañía, la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente a la Compañía, y el eventual traslado del Asegurado al lugar que corresponda para efectuar dichas pruebas. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán a cargo de la Compañía.
- Relevar el deber del secreto profesional, respecto a la información que pudiera solicitar la Compañía, a los profesionales que hubieran intervenido.

El Beneficiario o Beneficiarios, el Asegurado, o el Tomador, según el caso, deberán aportar, en el momento de la comunicación del siniestro, la documentación exigida en las Condiciones Generales Específicas para cada prestación incluida expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

El retraso o falta de declaración del siniestro faculta a la Compañía para reclamar al Tomador los daños y perjuicios causados, salvo si hubiese tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

La violación del deber de informar a la Compañía sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro ocasionará la pérdida del derecho a la prestación, en el supuesto de que hubiese mediado dolo o culpa grave.

El incumplimiento del deber de aminorar las consecuencias del siniestro dará derecho a la Compañía a reducir la prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del siniestro y el grado de culpa del Asegurado. Si tal incumplimiento se produjera con intención de perjudicar o engañar a la Compañía, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

Artículo 17.º ¿Cuáles son los criterios de indemnización en caso de siniestro?

La Compañía liquidará la prestación que corresponda por las consecuencias directas y exclusivas del Accidente que sean independientes de condiciones físicas y/o patológicas, preexistentes o sobrevenidas, del Asegurado. Por tanto, la influencia que el Accidente pueda haber ejercido sobre tales condiciones, así como el perjuicio que las mismas puedan acarrear a la curación de las lesiones producidas por el Accidente, son consecuencias indirectas y no indemnizables.

Los criterios para el reconocimiento del derecho a prestación son los siguientes:

- 17.1. Pago de la prestación:** La Compañía, previa recepción de la documentación requerida en las Condiciones Generales Específicas, y tras concluir las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, su cobertura por la póliza y su importe, deberá satisfacer la prestación al Beneficiario o Beneficiarios designados, notificando por escrito la cuantía de la prestación que corresponda.
- 17.2. No cobertura de un siniestro:** Si, tras el término de las investigaciones y peritaciones señaladas en el punto anterior, la Compañía considera que tal siniestro no está amparado por las coberturas del Seguro, lo comunicará por escrito al Tomador o, en su caso, a los Beneficiarios, expresando los motivos por los cuales considera que no existe la obligación de abonar prestación alguna.
- 17.3. Desacuerdo entre las partes:** Si no existiese acuerdo entre la Compañía y el Tomador, Asegurado, o Beneficiarios, en su caso, acerca de las causas del siniestro y demás circunstancias que influyen en la determinación de la prestación, las partes se someterán a la decisión de Peritos, conforme a lo establecido en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.
- 17.4. Lugar del pago de la prestación:** El pago al Beneficiario de las prestaciones cubiertas por el Seguro será hecho efectivo en el domicilio social de la Compañía o de cualquiera de sus representantes, y satisfecho en moneda española, según el cambio oficial del día en que hubiese ocurrido el evento.
- 17.5. Demora en el pago de la prestación:** Si en el plazo de tres meses desde el acaecimiento del siniestro la Compañía no hubiese abonado la correspondiente prestación garantizada por la póliza, por causa no justificada o que le fuese imputable, su importe se incrementará según lo establecido en la legislación vigente.

Artículo 18.º ¿Pueden cobrarse varias prestaciones en caso de siniestro?

Para cobrar cualquier prestación garantizada en caso de siniestro, es necesario haberla contratado previamente, que no figure excluida en las Condiciones Particulares de la póliza, y que el Tomador haya satisfecho el recibo de prima correspondiente.

En todo caso, y en función de las Garantías contratadas, para el cobro de las prestaciones garantizadas se estará a lo indicado en las siguientes normas:

- 18.1. Un mismo Accidente sufrido por un Asegurado no puede dar derecho a prestación para el caso de Fallecimiento y para el caso de Invalidez Permanente. Si tras el pago de la prestación por Invalidez Permanente, el Asegurado falleciera en el plazo de cinco años como consecuencia del mismo Accidente, se pagaría únicamente la diferencia si la prestación prevista para caso de Fallecimiento fuera superior a la ya satisfecha.**
- 18.2. El derecho a las prestaciones por Invalidez Permanente y Hospitalización y Asistencia en Viaje, son de carácter personal, exigibles mientras viva el Asegurado, y por tanto, no transmisibles a herederos.**

Artículo 19.º ¿Cuándo prescriben las acciones derivadas del Seguro?

Las acciones que se deriven del Seguro prescribirán en el término de cinco años.

Artículo 20.º ¿Cuál es la jurisdicción competente?

El presente Seguro queda sometido a la legislación y a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Tomador en España.

Artículo 21.º ¿Quién y cómo se cubren los denominados “Riesgos Extraordinarios”?

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Con-

sorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) **Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por los embates de mar, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.**
- b) **Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.**
- c) **Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.**

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) *Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.*
- b) *Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.*
- c) *Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.*
- d) *Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.*
- e) *Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado*

en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- g) Los causados por mala fe del asegurado.**
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

3. Extensión de la cobertura

- 1.** La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a los mismos bienes o personas, así como las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- 2.** En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

- 1.** La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se gestionara el seguro.
- 2.** La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665)
 - a través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es)
- 3.** Valoración de los daños:

La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- 4.** Abono de la indemnización:

El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Condiciones Generales Específicas

Generali Accidentes Familiar 2A.01 Garantía de Fallecimiento por Accidente Condiciones Generales Específicas

Las Condiciones Generales Específicas siguientes completan las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

Son de aplicación si se ha contratado específicamente esta Garantía, y así se recoge en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 1.º ¿Qué cobertura se ofrece a través de esta Garantía?

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha en que se produce un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado fallece a consecuencia directa del mismo, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados el Capital de Fallecimiento y la renta mensual que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza para esta Garantía.

Artículo 2.º ¿Quiénes pueden estar cubiertos por esta Garantía?

Pueden incluirse en la cobertura de la presente Garantía, en una misma póliza, el Asegurado, su cónyuge y los hijos:

- De hasta 20 años de edad en el momento de la contratación que no realicen actividad laboral remunerada. Para estos la garantía a contratar será la de Gastos de Sepelio
- Mayores de 20 años con actividad laboral

Artículo 3.º ¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?

Además del fallecimiento como consecuencia de los supuestos previstos en el artículo 2º de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Familiar, queda expresamente excluido de esta Garantía el fallecimiento derivado de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sea cual sea la circunstancia y el lugar en que se produzca.

No está cubierto el fallecimiento producido a consecuencia de accidente ocurrido con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, ni el fallecimiento que tenga lugar una vez transcurridos cinco (5) años desde la fecha del accidente.

Artículo 4.º ¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?

La cobertura de Fallecimiento por Accidente se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Para los hijos del Asegurado, la cobertura de Gastos de Sepelio finalizará, para cada uno de ellos, al final de la anualidad de Seguro en que cumpla:

- 23 años si la actividad que figura en póliza es “Hijos menores de 23 años sin actividad laboral”
- 30 años si la actividad que figura en póliza es “Estudiante”

O en la fecha en que inicien el desempeño de una actividad laboral remunerada. En este supuesto podrían continuar incluidos en póliza mediante la comunicación al Asegurador, emisión del correspondiente suplemento y cobro de la prima que proceda.

Artículo 5.º ¿Quiénes serán los Beneficiarios de la prestación?

Serán Beneficiarios las personas expresamente designadas por el Tomador en las Condiciones Particulares de la póliza.

A falta de designación expresa, serán Beneficiarios, en relación al Asegurado, exclusivamente y por este orden:

- 1º Su cónyuge (no separado legalmente)
- 2º Sus hijos
- 3º Sus padres
- 4º Sus herederos legales.

En los últimos tres casos, se entenderá que lo son por partes iguales.

La existencia de uno o más Beneficiarios en una categoría excluye a las categorías siguientes.

En caso de fallecimiento del Beneficiario, receptor de una prestación en forma de renta, la Compañía seguirá pagando la misma, hasta su total extinción, a los herederos legales del beneficiario fallecido.

Artículo 6.º ¿En qué consiste el Servicio de gestoría y asesoramiento a los Beneficiarios?

En caso de Fallecimiento del Asegurado, la Compañía garantiza la prestación de un Servicio de Gestoría y asesoramiento personalizado a los Beneficiarios, en el domicilio que éstos indiquen, en orden a la tramitación de cuantos documentos y actuaciones deban realizarse con ocasión del fallecimiento del Asegurado.

Para solicitar el servicio, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Compañía e informar del siniestro ocurrido, indicando el domicilio donde desea le sea prestado el Servicio.

El Servicio incluye la atención personalizada a los Beneficiarios, la tramitación de documentos ante

organismos oficiales, así como la recopilación y tramitación de la documentación necesaria para el cobro del Capital de Fallecimiento.

Artículo 7.º ¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?

Los Beneficiarios designados o, en su defecto, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes, en documento facilitado por la Compañía y cumplimentado y firmado por el/los Beneficiario/s.
- b) Certificado o informe del médico que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, donde se detallen las circunstancias y causas del Fallecimiento, así como los antecedentes médicos del Asegurado.
- c) Certificado de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil, así como certificación de la inscripción del nacimiento del mismo.
- d) Copia de atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- e) Documentación que acredite la condición e identidad de los Beneficiarios: Libro de Familia, D.N.I.
- f) Certificado del registro de actos de últimas voluntades.
- g) En su caso, copia del último testamento otorgado o declaración legal de herederos Ab Intestato, si los Beneficiarios resultan ser “los herederos legales”.
- h) Carta de pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- i) En caso de fallecimiento de un Hijo del Asegurado, fotocopia del Libro de Familia.

Artículo 8.º ¿Cuándo se hace efectivo el pago de la prestación?

La Compañía pagará el capital indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, más el importe de la renta devengada desde la fecha del siniestro hasta el momento del pago del capital.

Los pagos sucesivos en forma de renta se harán efectivos al inicio de cada mes, desde el subsiguiente al del pago del capital, y hasta la total extinción de la renta asegurada.

Generali Accidentes Familiar

2A.02 Garantía de Invalidez Permanente por Accidente

Condiciones Generales Específicas

Las Condiciones Generales Específicas siguientes completan las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

Son de aplicación si se ha contratado específicamente esta Garantía, y así se recoge en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 1.º ¿Qué cobertura ofrece esta Garantía?

Si en el plazo de cinco años a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado queda afectado de una Invalidez Permanente, a consecuencia directa de un Accidente cubierto por la póliza, la Compañía abonará la prestación que, de acuerdo con los siguientes artículos, corresponda a su grado de Invalidez.

A cada situación de limitación física permanente le corresponde un grado de invalidez, de acuerdo con el baremo que figura en el Artículo 4º de estas Condiciones Generales Específicas. Asimismo, a cada grado de invalidez le corresponde un porcentaje determinado de prestación, pagadera en forma de capital y en forma de renta mensual, conforme a lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

El grado de invalidez a efectos del presente Seguro no guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos en la normativa y reconocidos por la Seguridad Social.

Artículo 2.º ¿Quiénes pueden estar cubiertos por esta Garantía?

Pueden incluirse en la cobertura de la presente Garantía, en una misma póliza, el Asegurado, su cónyuge y los hijos:

- De hasta 20 años de edad en el momento de la contratación que no realicen actividad laboral remunerada.
- Mayores de 20 años con actividad laboral

Artículo 3º ¿Cuándo se produce una Invalidez Permanente a efectos de esta Garantía?

Se entiende por Invalidez Permanente, a los efectos de esta Garantía, la pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible de cualquier órgano o miembro, y que no pueda ser calificada como Invalidez Permanente Absoluta o Gran Invalidez de acuerdo con lo indicado en el apartado Definiciones.

Cualquier tipo de invalidez por accidente que presente el Asegurado y que no pueda calificarse de Invalidez Permanente Absoluta o Gran Invalidez de acuerdo con las definiciones anteriores deberá graduarse de acuerdo con el baremo contenido en esta póliza.

La situación de Invalidez Permanente del Asegurado será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico, y siempre que las constantes vitales no sean mantenidas artificialmente.

Siempre y cuando el Asegurado haya seguido el tratamiento médico previsto para su curación y rehabilitación, en el supuesto de que transcurran 5 años desde la fecha del Accidente sin que la invalidez que sufra el Asegurado pueda calificarse de estable y definitiva, la Compañía pagará la indemnización de acuerdo con el grado de invalidez que tenga el Asegurado en el momento de cumplirse dicho plazo, al margen de la posibilidad de reversibilidad o agravación, y el pago en cuestión tendrá el carácter de total y definitivo, sean cuales fueren las consecuencias previstas o imprevistas de la invalidez valorada.

Artículo 4º ¿Cómo se determina el “grado de invalidez” indemnizable por esta Garantía?

La determinación del grado de invalidez se ajustará a las reglas siguientes:

- a) La inutilización absoluta del uso de un miembro u órgano se entenderá, a los efectos de esta garantía, equivalente a la pérdida anatómica del miembro o del órgano mismo, salvo los supuestos de pérdida funcional previstos ya específicamente en el baremo del apartado siguiente.
- b) Si la Invalidez es Permanente, pero no Absoluta ni Gran Invalidez según se define en el apartado definiciones, el Asegurador hará efectiva una indemnización por tal concepto, cuyo grado de prestación a aplicar sobre el capital asegurado para esta garantía, figura en las Condiciones Particulares, según los grados de invalidez y disposiciones siguientes:

Situación	Grado de Invalidez
Pérdida o inutilización absoluta de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo y un pie, o de ambas piernas o ambos pies	100%
Enajenación mental absoluta e incurable que impide cualquier trabajo	100%
Parálisis completa	100%
Ceguera Absoluta	100%
Pérdida completa de la visión de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%
Pérdida completa de la voz	30%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida del bazo	14%
Pérdida de un riñón	24%
Pérdida de un pulmón	30%

Situación	Grado de Invalidez	
	Derecho	Izquierdo
Amputación del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida absoluta del movimiento del hombro	20%	20%
Pérdida absoluta del movimiento de la muñeca	20%	15%
Amputación o inutilización completa de todos los dedos de la mano	60%	50%
Amputación o inutilización completa del dedo pulgar de la mano	22%	18%
Amputación o inutilización completa del dedo índice de la mano	15%	12%
Amputación o inutilización completa de uno de los demás dedos de la mano	8%	6%
Amputación de la pierna a la altura o por encima de la rodilla	50%	
Amputación de la pierna por debajo de la rodilla	40%	
Pérdida absoluta del movimiento de una cadera	15%	
Pérdida absoluta del movimiento de una rodilla	15%	
Pérdida absoluta del movimiento de un tobillo	15%	
Acortamiento, de 5 o más centímetros, de una pierna	15%	
Amputación o inutilización del dedo gordo de un pie	8%	
Amputación o inutilización de los demás dedos de un pie	3%	

- c) Si la pérdida de un miembro o de un órgano o de su uso es sólo parcial, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.
- d) Si el Asegurado es zurdo, circunstancia que deberá acreditarse al contratar el Seguro, los grados de invalidez previstos en el apartado b) anterior para el miembro superior derecho se aplicarán a miembro superior izquierdo y viceversa.
- e) **Para las lesiones no previstas en el apartado b) anterior, el grado de invalidez se determinará por analogía, en función de su gravedad, a los grados de invalidez asignados a las situaciones previstas, según informe médico de un especialista en valoración del daño corporal.**
- f) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional del Asegurado.
- g) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo Accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, **sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100 %**. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional no puede ser valorada aplicando el baremo del apartado b) de este artículo más que una sola vez.
- h) **Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza. Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del Accidente.**

Artículo 5.º ¿Cuándo y quién valora el “grado de Invalidez” indemnizable?

A partir del informe médico presentado por el Asegurado, en donde se detallen las limitaciones anatómicas o funcionales consideradas como permanentes e indemnizables, producidas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza y no excluidas, la Compañía notificará por escrito al Asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por la garantía de Invalidez Permanente le corresponda.

No obstante, el Asegurado, a requerimiento de la Compañía, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes que sufra. En cualquier caso, en el plazo máximo de 15 días desde la práctica de dicha visita o reconocimiento médico, la Compañía deberá realizar la notificación indicada en el párrafo anterior.

Si el Asegurado no aceptase el ofrecimiento o la proposición realizada por la Compañía, ésta y el Asegurado se someterán al procedimiento de peritación previsto en el artículo 17.3 de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes.

Artículo 6.º ¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?

La cobertura de Invalidez Permanente por Accidente se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 70 años de edad.

Para los hijos del Asegurado, la cobertura de esta garantía finalizará, para cada uno de ellos, al final de la anualidad de Seguro en que cumpla:

- 23 años si la actividad que figura en póliza es “Hijos menores de 23 años sin actividad laboral”
- 30 años si la actividad que figura en póliza es “Estudiante”

O en la fecha en que inicien el desempeño de una actividad laboral remunerada. En este supuesto podrían continuar incluidos en póliza mediante la comunicación al Asegurador, emisión del correspondiente suplemento y cobro de la prima que proceda.

En caso de fallecimiento del Beneficiario, perceptor de una prestación en forma de renta por Invalidez Permanente por Accidente, la Compañía pagará a los herederos legales del mismo, y para el periodo de tiempo que restara hasta la duración máxima prevista en las Condiciones Particulares, el importe de renta mensual contratado para la Garantía de Fallecimiento por Accidente.

Artículo 7.º ¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?

Además de la Invalidez Permanente como consecuencia de los supuestos previstos en el artículo 2º de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Familiar, queda expresamente excluida de esta garantía la Invalidez Permanente derivada de Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, sea cual sea la circunstancia y el lugar en que se produzca.

Las alteraciones psíquicas y nerviosas sólo se cubren cuando sean consecuencia directa de lesiones físicas del sistema nervioso provocadas por un Accidente cubierto por la póliza.

No está cubierta la Invalidez Permanente que resulte a consecuencia de accidente ocurrido con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, ni la que afecte al Asegurado una vez transcurridos cinco (5) años desde la fecha del accidente.

Artículo 8º ¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?

El Beneficiario, o personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a)** Declaración de Siniestro de Accidentes, según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b)** Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales permanentes derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c)** Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.
- d)** Si el beneficiario fuera distinto del Tomador, deberá acreditar su personalidad, y aportar carta de pago o, en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.
- e)** En caso de Invalidez Permanente de un Hijo del Asegurado, fotocopia del Libro de Familia.

Artículo 9º ¿Cuándo se hace efectivo el pago de la prestación?

La Compañía pagará el capital indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, más el importe de la renta devengada desde la fecha del siniestro hasta el momento del pago del capital.

Los pagos sucesivos en forma de renta se harán efectivos al inicio de cada mes, desde el subsiguiente al del pago del capital, y hasta la total extinción de la renta asegurada.

Generali Accidentes Familiar

2A.03 Garantía de Hospitalización por Accidente

Condiciones Generales Específicas

Las Condiciones Generales Específicas siguientes completan las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

Son de aplicación si se ha contratado específicamente esta Garantía, y así se recoge en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 1.º ¿Qué cobertura se ofrece a través de esta Garantía?

Cuando a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, **el Asegurado deba ser hospitalizado o internado en un centro sanitario, la Compañía satisfará, en forma de Capital, la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares de la póliza.**

La indemnización máxima por asegurado y siniestro quedará establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta prestación es compatible con cualquier otra, y garantiza el pago en metálico de la indemnización diaria establecida.

Artículo 2.º ¿Cuándo se inicia el derecho a percibir la indemnización por Hospitalización?

El derecho a la indemnización diaria se iniciará a partir del primer día de internamiento hospitalario, **siempre que dicho internamiento supere las 24 horas**, y terminará en la fecha y hora en que el Asegurado cause alta en el establecimiento asistencial. **El importe de la indemnización diaria por la garantía de hospitalización será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.**

En todo caso, el importe total de la indemnización por hospitalización a percibir por Asegurado y siniestro, no podrá exceder del límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los internamientos inferiores a 24 horas no darán derecho al cobro de la indemnización, en ningún caso.

El Asegurado deberá acreditar su ingreso e internamiento en centro sanitario a través de informe médico. **La Compañía estará autorizada a verificar la situación del Asegurado a través de sus servicios médicos.**

La Compañía satisfará al Asegurado el importe de la prestación debida en el plazo máximo de 15 días a contar desde la fecha de recepción del informe médico del Asegurado con el alta médica del centro sanitario.

No obstante, la Compañía podrá, a petición del Asegurado, realizar pagos a cuenta a partir del decimoquinto día desde el inicio del periodo con derecho a la indemnización, una vez se haya presentado la documentación completa exigible para el pago de la prestación o después de practicada la visita o reconocimiento por los servicios médicos de la Compañía.

El traslado del Asegurado a otro centro hospitalario o a un centro especializado, bien por considerarse su situación no mejorable desde el punto de vista médico, o bien para iniciar de manera programada su recuperación o rehabilitación, supondrá el final del periodo indemnizatorio por hospitalización.

Artículo 3.º ¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?

Además de las hospitalizaciones como consecuencia de los supuestos previstos en el artículo 2º de las Condiciones Generales, no tendrán carácter indemnizatorio los internamientos en centros sanitarios como consecuencia de: epidemias, embriaguez, toxicomanías, enfermedades mentales y nerviosas, curas de adelgazamiento, tratamientos de belleza y aquellos motivados por fines estéticos.

Artículo 4.º ¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?

La cobertura de la presente Garantía se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que aquél cumpla los 65 años.

Finalizará la Hospitalización en la fecha de expedición del correspondiente parte de alta, por prescripción médica del Centro Hospitalario o Centro Especializado en que se hallara el Asegurado.

Artículo 5.º ¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?

Los Beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en que se les reconozca el derecho a la prestación, deberán presentar los documentos siguientes:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Nombre y dirección del Centro hospitalario donde ha sido ingresado el Asegurado.
 - Descripción del accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Fecha de hospitalización o ingreso del Asegurado en el centro sanitario.
 - Descripción detallada de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
 - En caso de que se prevean secuelas permanentes, descripción y fecha probable de estabilización de las mismas.

- c) Deberá incluirse, siempre que exista, el parte de baja y los partes semanales de seguimiento de la baja, así como el informe médico correspondiente, incluyendo el diagnóstico, las pruebas de diagnóstico complementarias realizadas que lo justifiquen y el tratamiento indicado.
- d) Parte de alta médica del centro hospitalario y, en su caso, documento acreditativo firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración del internamiento, incluyendo el día y hora del alta del Asegurado.
- e) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y del Beneficiario, en su caso.

Generali Accidentes Familiar

2A.04 Garantía de Asistencia Personal por Accidente

Condiciones Generales Específicas

Las Condiciones Generales Específicas siguientes completan las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

Son de aplicación si se ha contratado específicamente esta Garantía, y así se recoge en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 1.º ¿Qué cobertura se ofrece a través de esta Garantía?

Si como consecuencia de un accidente ocurrido en España y cubierto por la póliza el Asegurado debiera permanecer un mínimo de 24 horas hospitalizado, se garantizarán, en las condiciones y con los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales Específicas y en las Condiciones Particulares de la póliza, las coberturas siguientes:

1.1. Gastos de transporte del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo.

En caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido en población distinta a la de su domicilio, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte hasta el lugar de inhumación, así como de los gastos de acondicionamiento del cadáver imprescindibles para su transporte, hasta la cantidad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

En el caso de que los familiares que acompañaban al Asegurado en el momento de su defunción no pudieran regresar a su domicilio por los medios inicialmente previstos, o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Compañía se hará cargo de los gastos de transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o a su domicilio.

Si los familiares a los que se refiere el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años, o familiares mayores de 70 años del Asegurado fallecido, y precisaran la asistencia de un familiar o persona de confianza que les acompañe en el viaje de regreso, la Compañía se hará cargo de los gastos de desplazamiento de esa persona al lugar del accidente, y su regreso con los familiares del Asegurado hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio.

Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

1.2. Gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado.

La Compañía cubrirá los gastos de estancia en el hospital de un acompañante del Asegurado accidentado, siempre que el período de hospitalización supere las 24 horas y previa justificación del desembolso efectuado. En caso de que al acompañante no le fuera permitida la estancia en el hospital, se pagarán los gastos de alojamiento de éste en un hotel, siempre y cuando el accidente haya ocurrido en población distinta a la del domicilio del Asegurado y no sea posible su traslado.

Los gastos de estancia se cubren desde el primer día, siendo los importes máximos por siniestro los previstos en las Condiciones Particulares de la póliza.

1.3. Gastos de salvamento del Asegurado accidentado.

La Compañía cubrirá los gastos que deba soportar el Asegurado por las operaciones de salvamento o de búsqueda que se lleven a cabo a consecuencia del Accidente, hasta la cantidad máxima por siniestro prevista en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura no se exigirá la hospitalización del Asegurado.

1.4. Servicio de Personal de Limpieza a domicilio.

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas (o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período), por un Accidente cubierto por la póliza, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Personal de Limpieza para atender las necesidades de limpieza y orden en el domicilio habitual del Asegurado, durante 3 horas diarias, con un máximo de 8 días, y hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares.

1.5. Servicio de Profesionales Sanitarios a domicilio

Si tras la hospitalización del Asegurado un mínimo de 24 horas, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar los servicios de un Profesional Sanitario (enfermera) que asista al Asegurado en su domicilio habitual, hasta un máximo de 8 horas diarias, durante un período de tiempo no superior a los 8 días, y por el importe máximo previsto en las Condiciones Particulares.

1.6. Servicio de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendientes mayores de 70 años con dependencia del Asegurado para actos de la vida cotidiana.

Siempre que el Asegurado estuviera hospitalizado un mínimo de 24 horas (o convaleciente tras un período de hospitalización por el mismo período) por un Accidente cubierto por la póliza, y cuando por razón de la hospitalización o convalecencia quedaran desatendidos sus hijos menores de 10 años y/o minusválidos, o ascendientes mayores de 70 años que dependen del Asegurado para los actos de la vida cotidiana, la Compañía se hará cargo de facilitar el servicio una persona especializada que atienda a los mismos durante 5 horas diarias, con un máximo de 8 días, hasta la cantidad máxima prevista en las Condiciones Particulares.

1.7. Servicio de Farmacia de Guardia

Si tras la hospitalización del Asegurado, éste debiera permanecer convaleciente por prescripción facultativa en su domicilio, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio nocturno (de 20 h a 8 h) de búsqueda y entrega urgente en el domicilio de Asegurado de las medicinas necesarias prescritas con receta médica. La Compañía asumirá únicamente el coste del envío, siendo el coste de los medicamentos a cargo del Asegurado.

1.8. Gastos de Asistencia Veterinaria en caso de Accidente del Animal Doméstico de la familia

En caso de Accidente de animal doméstico, únicamente perros y gatos, del Asegurado, la Compañía se hará cargo de facilitar un servicio de Asistencia Veterinaria necesario para la curación del animal, con el límite previsto en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura no se exigirá hospitalización del Asegurado.

1.9. Servicio de Asesoramiento Jurídico

El Asegurado dispone de un Servicio de Asesoramiento Jurídico sobre cualquier asunto relacionado con el Derecho de Sucesiones y su relación con el seguro de Accidentes: el testamento, la herencia, las cláusulas beneficiarias, etc.

Artículo 2.º ¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?

Además de los Accidentes sufridos por el Asegurado como consecuencia de los supuestos previstos en el artículo 2º de las Condiciones Generales, esta Garantía no cubre en ningún caso:

- *Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a la Compañía, y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo.*
- *Cualquier enfermedad, salvo en el caso de que sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.*
- *Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización, salvo que se hubiera contratado la Garantía de Asistencia Sanitaria.*
- *Los gastos de medicina preventiva.*

Artículo 3.º ¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?

La cobertura de la presente Garantía se extinguirá necesariamente, para cada Asegurado, al final de la anualidad del Seguro en que cumpla los 65 años de edad.

Artículo 4.º ¿Qué documentación debe aportarse para cobrar la prestación?

Los Beneficiarios o, en su caso, las personas interesadas en percibir la prestación, deberán presentar la documentación siguiente:

- 4.1.** Para el reembolso de gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo:
- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Beneficiario.
 - b) Certificado o informe médico del facultativo que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, en que se detallen las circunstancias y causas del Fallecimiento.
 - c) Copia del atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
 - d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado y/o familiares.
 - e) Factura normalizada correspondiente a los gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y/o de los familiares del mismo.
- 4.2.** Para el reembolso de gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado:
- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
 - b) Informe Médico sobre la situación del Asegurado detallando:
 - Nombre y dirección del centro hospitalario donde haya sido ingresado.
 - Nombre , apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del Accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Fecha de hospitalización del Asegurado.
 - Descripción de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito,

fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.

- c) Parte de alta médica, o en su caso, documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.
- d) Factura normalizada del centro sanitario relativa a los gastos de estancia del acompañante, o, en su caso, factura del hotel donde se haya alojado, y Documento Nacional de Identidad del mismo.

4.3. Para el reembolso de gastos de salvamento del Asegurado accidentado:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Certificado o informe del médico que haya asistido al Asegurado, o del médico forense en su caso, en que se detallen las circunstancias y causas del accidente.
- c) Copia del atestado policial o diligencias judiciales relativas al Accidente.
- d) Documento Nacional de Identidad del Asegurado
- e) Facturas originales normalizadas correspondiente a los gastos de salvamento.

4.4. Para los Servicios de Personal de Limpieza, Profesionales Sanitarios y de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendentes mayores de 70 años :

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Médico detallado, donde se haga constar:
 - Nombre y dirección del centro hospitalario donde haya sido ingresado el Asegurado.
 - Nombre , apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
 - Descripción del Accidente, indicando la fecha, causas y circunstancias del mismo.
 - Fecha de hospitalización del Asegurado.
 - Descripción de las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del accidente, indicando las limitaciones anatómicas o funcionales derivadas del mismo, el grado, evolución y naturaleza de las mismas, sus secuelas, tratamiento prescrito, fecha probable de recuperación, así como cualquier otro dato relevante que considere el facultativo.
- c) Parte de alta médica, o en su caso, documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del periodo exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.
- d) En su caso, fotocopia del Libro de Familia, y DNI del ascendiente mayor de 70 años que conviva con el Asegurado.

4.5. Para el Servicio de Asistencia Veterinaria por Accidente de animal doméstico:

- a) Declaración de Siniestro de Accidentes según formulario propuesto por la Compañía y cumplimentado por el Asegurado, salvo acuerdo contrario expreso de la Compañía.
- b) Informe Veterinario en que se detalle la situación del animal doméstico, detallando:
 - Nombre, apellidos, domicilio, y número de colegiado del veterinario que asiste al animal.
 - Tipo de animal y raza del mismo.
 - Descripción del Accidente, indicando la fecha y las causas del mismo.
 - Lesiones sufridas por el animal a consecuencia del accidente.

Artículo 5.º ¿Cómo solicitar las prestaciones de la presente Garantía?

A través de los números de teléfono que figuran en la tarjeta que se facilita al Tomador del Seguro en el momento de formalizar la póliza.

Generali Accidentes Familiar

2A.05 Garantía de Asistencia en Viaje

Condiciones Generales Específicas

Las Condiciones Generales Específicas siguientes completan las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales.

Son de aplicación si se ha contratado específicamente esta garantía, y así se recoge en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 Kms. 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.**

Artículo 1.º ¿Qué coberturas se ofrecen a través de esta Garantía?

1.1. 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 requiera, 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.

1.2. 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 contarán con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

1.3. 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.

1.4. Billeto 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.**

1.5. 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.**

1.6. 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.

1.7. 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.

1.8. 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 permitirselo 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.

1.9. 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.

1.10. 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.

1.11. 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.

Artículo 2.º ¿Qué es lo que no cubre esta Garantía?

Además de los Accidentes sufridos por el Asegurado como consecuencia de los supuestos previstos en el artículo 2º de las Condiciones Generales, esta garantía no cubre, en ningún caso:

- 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.**

Artículo 3.º Normas para la utilización de esta Garantía

La prestación del servicio de Asistencia en Viaje se solicitará a través de los números de teléfono que, tanto para llamadas desde España como desde el Extranjero, figuran en la tarjeta que se facilita al Tomador del Seguro en el momento de formalizar la póliza y 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.

Artículo 4.º ¿Cuándo finaliza la cobertura de esta Garantía?

La cobertura de la presente garantía se extinguirá necesariamente, para cada asegurado, al final de la anualidad de seguro en que cumpla 70 años de edad. Para los hijos del Asegurado, la cobertura de esta garantía finalizará, para cada uno de ellos, al final de la anualidad de Seguro en que cumpla:

- 23 años si la actividad que figura en póliza es "Hijos menores de 23 años sin actividad laboral"
- 30 años si la actividad que figura en póliza es "Estudiante"

O en la fecha en que inicien el desempeño de una actividad laboral remunerada. En este supuesto podrían continuar incluidos en póliza mediante la comunicación al Asegurador, emisión del correspondiente suplemento y cobro de la prima que proceda.

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 ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS. Domicilio Social: c/ Orense, nº 2. 28020 MADRID. NIF: A-28007268.
Registro Mercantil de Madrid. Tomo 24.758, Folio 179, Sección 8ª, Hoja M-54.202, Inscripción 1.161ª.

generali.es

