

GENERALI SALUD OPCIÓN PREMIUM

Condiciones Generales y

Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Índice

Cláusula Informativa	2
Artículo 1º. Personas que intervienen en el contrato	3
Artículo 2º. Documentación del contrato	3
Artículo 3º. Regulación fundamental del contrato	4
Artículo 4º. Definiciones	4
Artículo 5º. Perfeccionamiento, comienzo, duración del contrato y pago de primas	5
Artículo 6º. Toma de efecto de los servicios contratados. Plazos de carencia	6
Artículo 7º. Bases del contrato. Declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado	7
Artículo 8º. Comunicaciones entre las partes que intervienen en el contrato	8
Artículo 9º. Objeto del Seguro	10
Artículo 10º. Descripción de los servicios y garantías	10
Artículo 11º. Tramitación del Siniestro	21
Artículo 12º. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado	25
Artículo 13º. Riesgos no cubiertos por póliza	26
Artículo 14º. Indisputabilidad	27
Artículo 15º. Legislación aplicable y jurisdicción competente	28

Cláusula Informativa

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

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora

Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, se denominará indistintamente, la Compañía, Generali, el Asegurador o la Entidad Aseguradora)

Domicilio Social, Calle Orense nº 2, 28020 MADRID, CIF A.28007268. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid en la Hoja M-54.202

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora

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 cualquiera de los anteriores 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:

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

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

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

Artículo 1º. Personas que intervienen en el contrato

- 1.1. El Tomador del seguro:** persona física o jurídica, que, juntamente con el Asegurador, suscribe el contrato y al que corresponden los derechos y obligaciones derivados del mismo, salvo los que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.
- 1.2. El Asegurado/Beneficiario:** persona sobre la que se establece el seguro y que figura nominativamente designada como tal en las condiciones particulares del contrato. El Asegurado puede, si está interesado en ello, cumplir los deberes y obligaciones que, en principio, correspondan al Tomador del seguro.
- 1.3. La Compañía o Asegurador:** persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

Artículo 2º. Documentación del contrato

Se denomina póliza al conjunto de documentos en los que se recogen los términos y pactos del contrato. Se compone de:

- 2.1.** Las presentes Condiciones Generales y Condiciones Generales Específicas que regulan los derechos y deberes de las partes con relación al nacimiento, vida, y extinción del contrato y a los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas.
Asimismo, se regula el alcance de la garantía de cada modalidad de seguro que proporciona el Asegurador, de conformidad con lo solicitado por el Tomador/Asegurado en la Solicitud de Seguro y contemplado en las Condiciones Particulares.
- 2.2.** Las Condiciones Particulares que recogen los pactos propios e individuales de cada contrato y las cláusulas que por voluntad de los contratantes completan, sustituyen, o modifican las condiciones generales en los términos permitidos por la Ley.

2.3. Posteriormente, la póliza puede ser modificada, de acuerdo con el Tomador del seguro, mediante apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario, debidamente firmados. Además de lo indicado anteriormente, el Asegurador entrega al Tomador del seguro una tarjeta identificativa de cada Asegurado. El Cuadro Médico Premium con la relación de facultativos y servicios médicos concertados por especialidad, así como las direcciones y teléfonos de los mismos se encuentran permanentemente actualizados en la página web de Generali.

Artículo 3°. Regulación fundamental del contrato

3.1. El presente contrato se somete a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR), y además se rige por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las Condiciones Particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, por pacto adicional a las Condiciones Particulares.

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

3.2. El Asegurador ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por el Asegurador y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 4°. Definiciones

A efectos de este contrato se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Año natural: Período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre siguiente.

Asistencia por motivos de tipo social: la asistencia no derivada directamente de patologías médicas objetivas susceptibles de tratamiento o derivada de enfermedades de la vejez.

Enfermedad: alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precisa de asistencia facultativa.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del asegurado.

Enfermedad Preexistente: alteración del estado de salud que cause sintomatología evidente o sospecha razonable de la existencia de la enfermedad antes de la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado.

Franquicia: porcentaje sobre el importe total de los gastos a reembolsar objeto del seguro que será a cargo del Asegurado, con los límites máximos que se establezcan en la póliza.

Hospital de día: se denomina así a la zona determinada dentro de un hospital o clínica donde el paciente puede recibir los cuidados médicos necesarios sin ingreso hospitalario, por un período de tiempo nunca superior a 24 horas, tanto de tipo médico como de tipo quirúrgico.

Hospitalización o ingreso hospitalario: periodo de tiempo de estancia en una clínica u hospital, superior a 24 horas en el que una persona recibe asistencia médica para el diagnóstico o tratamiento de su patología o enfermedad.

Hospitalización Médica: ingreso en clínica u hospital que se efectúa para que la persona reciba tratamiento médico, que no precise tratamiento quirúrgico.

Hospitalización Psiquiátrica: ingreso en clínica u hospital que se efectúa para que la persona reciba tratamiento psiquiátrico. Se produce dicho ingreso en sanatorios especializados o unidades específicamente diseñadas dentro de clínicas u hospitales generales.

Hospitalización Quirúrgica: ingreso en clínica u hospital que se efectúa para que la persona reciba tratamiento mediante cirugía.

Miembros de la Unidad Familiar: todas aquellas personas con vínculos familiares que convivan en el domicilio designado como residencia habitual en las Condiciones Particulares del contrato y que figuran relacionadas en la póliza como Asegurados/Beneficiarios.

Partos prematuros: todos aquellos que se produzcan antes de las 37 semanas completas de gestación y después de las 22.

Plazo de carencia: período de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del asegurado, durante el cual no entra en vigor alguna de las coberturas de la póliza.

Prótesis: toda pieza auto, homo, hetero o aloplástica, así como cualquier aparato, utilizados como reemplazo de un órgano o parte de éste o de su funcionalidad.

Siniestro: todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.

Urgencia vital: situación aguda que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del paciente de forma inminente. No debe confundirse con una enfermedad grave, puesto que ésta no necesariamente supone una urgencia vital.

Copago: Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio requerido, recibido de los profesionales o centros concertados en la Guía Médica.

Tratamiento de la infertilidad: conjunto de técnicas encaminadas a superar el diagnóstico de la esterilidad primaria o secundaria en la pareja, bien sea por factor femenino o masculino.

Artículo 5º. Perfeccionamiento, comienzo, duración del contrato y pago de primas

- 5.1. El presente contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes y mediante la firma de la póliza por el Asegurador y por el Tomador del Seguro, entrando en vigor las garantías previstas y cubiertas por el contrato en el día indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, una vez aquél haya sido perfeccionado y satisfecha la prima única o la de la primera anualidad del seguro o fracción convenida de la misma.
- 5.2. La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares de la póliza. A la finalización del mismo y salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado el contrato automáticamente por el plazo de un año, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad. A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador mediante notificación escrita a la otra parte con antelación no inferior a un mes cuando sea el Tomador y a dos meses cuando sea el Asegurador a la conclusión del período del seguro en curso. El asegurador deberá comunicar al tomador, al

menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Respecto a cada asegurado, salvo pacto en contrario, el seguro se extingue:

- a) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de 180 días al año en territorio nacional.
- b) Por fallecimiento.

5.3. La prima del seguro es anual, salvo que la póliza se haya contratado por un período inferior, pudiéndose convenir el pago de la misma por fracciones, siendo obligatorio el pago de todas las fracciones hasta completar el importe de la prima del período contratado.

El pago de la primera prima se efectuará en el momento de la perfección del contrato y las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza. Si por culpa del Tomador del Seguro, no se hubiese pagado la primera prima o la fracción de la misma en su caso, podrá darse por parte del Asegurador el contrato como extinguido y sin efectos, o bien podrá aquél reclamar al Tomador del Seguro el cobro de la primera prima por vía ejecutiva, con base en la póliza. Si la primera prima o su fracción, en su caso, no hubiese sido satisfecha antes de la ocurrencia de un siniestro, quedará el Asegurador liberado de toda obligación.

Para el pago de las primas anuales sucesivas o sus fracciones se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde su vencimiento, finalizado el cual quedarán en suspenso las garantías del contrato hasta que hayan transcurrido las veinticuatro horas del día siguiente en que haya hecho efectiva la prima. El Asegurador podrá reclamar, dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima anual o al de sus fracciones, en su caso, el pago de la misma. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido.

En cualquier caso y cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima anual correspondiente al período en curso.

El domicilio de pago de las primas será el de la Compañía, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se determine lugar distinto.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar al Asegurador las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará al Asegurador, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, 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.

Artículo 6º. Toma de efecto de los servicios contratados. Plazos de carencia

6.1. Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de la fecha de formalización de la póliza o, en su caso, desde la fecha de efecto de la misma, especificada en las Condiciones Particulares.

Como excepción a este principio, y salvo pacto en contrario, se aplicarán los siguientes plazos de carencia a contar desde la fecha de alta del asegurado:

- a) Tres meses para las intervenciones quirúrgicas, que exijan o no hospitalización, y las hospitalizaciones no quirúrgicas.
- b) Tres meses para la cobertura de medios complementarios de diagnóstico, excepto para análisis y radiología simple y ecografías abdominales o toco ginecológicas. En consecuencia, durante este período quedarán afectos al plazo de carencia de tres meses los demás medios complementarios de diagnóstico (como por ejemplo: isótopos radiactivos, TAC-Scanner, gammagrafías, electroencefalogramas, endoscopias, artroscopias, y otros similares).
- c) Tres meses para cualquier tratamiento especial (como por ejemplo: Radioterapia, Quimioterapia, Cobaltoterapia, Oxigenoterapia, Fisioterapia, Rehabilitación Funcional, Hemoterapia, y otros similares) y para la garantía de Indemnización por Hospitalización por Enfermedad y Accidente desde la fecha de alta de dicha garantía, según lo indicado en las Condiciones Particulares.
- d) Ocho meses para cualquier servicio relacionado con el embarazo y parto, así como para la indemnización por embarazo en la garantía de Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente y para los honorarios profesionales relacionados con el embarazo y parto de la garantía de Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, desde la fecha de alta de la asegurada embarazada en el presente seguro. No obstante, en los casos de partos distócicos de urgencia vital y en partos prematuros, no existirá plazo de carencia alguno para los servicios de tocología y parto.

Este plazo de carencia no es de aplicación en el tratamiento de la infertilidad en la pareja.
- e) Tres meses, para que el Asegurado pueda hacer uso de los servicios de Medicina Preventiva, salvo para la Prevención infantil, en cuyo caso no es preciso que transcurra plazo de carencia alguno.

Los plazos de carencia quedarán automáticamente derogados en caso de urgencia vital o en caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente.

Artículo 7º. Bases del contrato. Declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado

7.1. El presente contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente Solicitud o en la Proposición que en su caso formule el Asegurador, así como en el Cuestionario presentado por éste y cumplimentado por el Tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte del Asegurador y determinará los derechos y obligaciones derivadas del presente contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, 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.

7.2. Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro todas las circunstancias conocidas por el mismo que influyan en la valoración del riesgo por parte del Asegurador, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del Cuestionario que éste le haya presentado.

7.3. Durante la vigencia del contrato, el Tomador del Seguro deberá declarar:

a) Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido el Asegurador antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o en su caso lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro. En este caso, el Asegurador podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. 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 del Seguro podrá el Asegurador, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, concediendo al Tomador del Seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá el Asegurador comunicar al Tomador del Seguro la rescisión definitiva. El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que la reserva o inexactitud de las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado o la agravación del riesgo no hubiesen sido declarados antes de la ocurrencia de un siniestro, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer dichas circunstancias, siempre que se haya obrado de buena fe por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado.

En caso que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan obrado de mala fe, el Asegurador quedará liberado de la prestación correspondiente.

b) También podrá declarar el Tomador del Seguro o el Asegurado aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquellos. En este supuesto, al finalizar el período en curso del seguro, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro o Asegurado, en caso contrario, a la resolución del contrato y la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento del Asegurador la disminución del riesgo.

7.4. Cualquier variación de las circunstancias del riesgo, que lo agraven o lo disminuyan, deberán ser comunicadas, de forma fehaciente, tan pronto como sea posible, por el Tomador del Seguro o el Asegurado al Asegurador.

7.5. Asimismo, el Tomador del Seguro deberá declarar, en todo caso, la existencia de otro u otros contratos de seguro que cubran riesgos iguales o parecidos a los cubiertos por esta póliza, indicando el nombre de los Aseguradores correspondientes.

7.6. El Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, debe facilitar la subrogación a favor del Asegurador.

Artículo 8º. Comunicaciones entre las partes que intervienen en el contrato

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros

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

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

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

Artículo 9º. Objeto del Seguro

- a) El Asegurador se obliga, dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, a cubrir la necesidad de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda, en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en el Art. 10 de las presentes Condiciones Generales poniendo a disposición del Asegurado una serie de proveedores de servicios sanitarios incluidos en el Cuadro Médico Premium, eligiendo libremente el Asegurado, en caso de siniestro, el prestador del servicio entre las opciones recogidas en el Cuadro Médico Premium, y de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de contratar copago, el uso de los servicios sanitarios del Cuadro Médico Premium tiene un coste adicional a la prima, que dependerá del nivel de copago contratado. Existe la posibilidad de contratar la póliza sin copago, en cuyo caso no se cobrará ningún coste adicional a la prima.
- b) Cuando se hubiera contratado la garantía de Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología y así se refleje en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza al Asegurado, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza, el reembolso de los honorarios médicos razonables y usuales por la asistencia médica y quirúrgica en España que proceda, en toda clase de enfermedades o lesiones cubiertas por la póliza a través de las garantías 10.1. Asistencia Primaria y 10.2 y 10.4, Especialidades Médicas y Quirúrgicas y Medicina Preventiva, exclusivamente en su especialidad de Obstetricia y Ginecología.
- c) Salvo pacto en contrario establecido en Condiciones Particulares, el Asegurador no procederá al reembolso de los servicios médicos cuando el Asegurado haga uso de los servicios establecidos en el Cuadro Médico Premium que el Asegurador pone a su disposición.
- d) En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza.

Artículo 10º. Descripción de los servicios y garantías

La cobertura, que el Asegurador presta, se encuentra agrupada en las siguientes garantías:

Asistencia Médica Concertada

1. Asistencia Primaria
2. Especialidades Médicas y Quirúrgicas
3. Asistencia en Viaje
4. Medicina Preventiva

Reembolso de Honorarios Médicos en España

5. Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología

Asistencia Complementaria familiar

6. Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

7. Asistencia Dental

La extensión de las garantías antes indicadas es la siguiente:

Asistencia Médica Concertada

10.1. Asistencia Primaria

- **Medicina General.**
- **Pediatría**, para niños hasta 14 años.
- **Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.)Diplomado Enfermería (D.E.)**
- **Podología.** Limitado a seis sesiones al año, salvo patología del pie.
- **Servicio Médico de Urgencias a Domicilio**
- **Psicología.** Se cubren las consultas psicológicas individuales prescritas, exclusivamente, por un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías psicológicas, el diagnóstico psicológico simple o los tests psicométricos, siendo los formularios a cargo del Asegurado. Se establece un **límite máximo de 4 consultas al mes y 20 consultas al año. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.**

10.2. Especialidades Médicas y Quirúrgicas

- **Alergología**
- **Análisis Clínicos, Anatomopatológicos, Biológicos y Bioquímicos**, con fines exclusivamente diagnósticos.
- **Anestesiología y Reanimación**
- **Angiología y Cirugía Vascul ar**
- **Aparato Digestivo**
- **Cardiología**
- **Cirugía Cardiovascular**
- **Cirugía General y Digestiva**
- **Cirugía Maxilofacial**
- **Cirugía Pediátrica**
- **Cirugía Plástica Reparadora**
- **Cirugía Torácica**
- **Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología**
- **Endocrinología y Nutrición**
- **Estomatología.** Incluye curas estomatológicas y extracciones. Se excluyen las obturaciones, endodoncias, prótesis y tratamientos de ortodoncia y periodoncia.
- **Geriatría. Excluyendo asistencia por motivos de tipo social.**
- **Hematología y Hemoterapia**
- **Medicina Interna**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**

- **Neonatología**
- **Neumología**
- **Neurocirugía**
- **Neurofisiología clínica**
- **Neurología**
- **Obstetricia y Ginecología.** Incluye vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste en los partos, auxiliado por comadrona y se incluye la cobertura de la anestesia epidural.
- **Oftalmología.** Incluye el láser en tratamientos de fotocoagulación así como en cirugía oftálmica intraocular para enfermedades distintas a defectos de refracción ocular.
- **Oncología médica,** incluye la orientación y tratamiento por médico especialista de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad.
- **Oncología radioterápica:** cobaltoterapia, radioterapia.
- **Otorrinolaringología.**
- **Psiquiatría.**
- **Radiodiagnóstico: Radiología.** Incluye radiografías, tomografías, urografías, cistografías y toda clase de exploraciones radiográficas con fines diagnósticos. Se incluyen las exploraciones especiales para las técnicas quirúrgicas como ventriculografías, arteriografías, encefalografías, etc.
- **Reumatología**
- **Traumatología y Ortopedia**
- **Urología.** Incluida la litotricia renal.
- **Ambulancia.** Para el traslado en caso de urgencia hasta el centro más próximo o para el traslado al centro quirúrgico desde su domicilio cuando así lo indique la correspondiente prescripción facultativa. **Se excluyen del presente servicio los traslados con motivo de la realización de rehabilitación o fisioterapia, pruebas de diagnóstico ambulatorias así como el tratamiento de la diálisis.**
- **Hemodiálisis:** sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos, con un máximo de 15 sesiones.
- **Otros medios complementarios de diagnóstico.** Electrocardiogramas, audiometrías, electroencefalogramas, pruebas endoscópicas y pruebas funcionales del riñón e hígado, ecografías, TAC-Scanner, gammagrafías y Resonancia Magnético Nuclear.
- **Oxigenoterapia.** A domicilio sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos **con un máximo de 30 días.** Tanto en clínica como a domicilio bajo prescripción médica.
- **Aerosolterapia-Ventiloterapia.** A domicilio sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos, con un máximo de 30 días. Tanto en clínica como a domicilio bajo prescripción médica. La medicación será siempre a cargo del Asegurado.
- **Prótesis,** se incluye la cobertura del material de osteosíntesis interno y las prótesis siguientes: válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de cadera, by pass vascular y prótesis internas traumatológicas, la lente intraocular en la cirugía de la catarata así como la prótesis de mama tras mastectomía radical.
- **Quimioterapia,** tanto en régimen hospitalario como ambulatorio. Se incluye el coste de los medicamentos citostáticos que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad.

- **Transfusiones de sangre.** A cargo del Asegurador el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre y/o plasma a transfundir, en pacientes ingresados.
- **Rehabilitación.** Se realizará de forma ambulatoria para restablecer el estado funcional que se poseía antes del proceso patológico padecido cuando sea médicamente posible, **por lo que se excluye la rehabilitación de mantenimiento.** Se incluye para las enfermedades que hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado en la póliza. Se incluye el láser como técnica de rehabilitación músculoesquelética.
- **Foniatría,** exclusivamente como rehabilitación del habla tras procesos quirúrgicos u oncológicos.
- **Centro Permanente de Urgencias.**
- **Hospitalización médica.**
- **Hospitalización quirúrgica.**
- **Hospitalización pediátrica.** Incluye la hospitalización del neonato.
- **Hospitalización en U.V.I. / U.C.I.**
- **Hospitalización Psiquiátrica. Se aplicará un límite por asegurado y año de 60 días.**
- **Acompañante en Clínica,** exclusivamente el alojamiento, siempre y cuando el centro disponga de este servicio en la habitación. **Se excluyen de la presente cobertura la hospitalización psiquiátrica y el internamiento en unidades de cuidados o vigilancia intensivos así como en la hospitalización del neonato.**
- **Medicación en clínica fuera del quirófano,** durante el período de hospitalización.
- **Tratamiento de la infertilidad en la pareja. Se establecen como condiciones necesarias y obligatorias para tener derecho a la cobertura de los honorarios, pruebas complementarias y gastos médicos derivados de este tratamiento:**
 - El aseguramiento de los dos integrantes de la pareja.
 - Que la Antigüedad mínima en póliza de cada uno de ellos sea de 24 meses.
 - Que exista un diagnóstico de esterilidad, primaria o secundaria en alguno de los miembros de la pareja que impida conseguir una gestación.
 - Que la Edad de la mujer para tener derecho al tratamiento en el momento del inicio del mismo no exceda de 42 años cumplidos.

Se establece el límite máximo de 3 intentos de Inseminación Artificial homóloga o de donante y 2 ciclos de transferencia completa de Fecundación In Vitro con sus congelaciones pertinentes incluyendo la I.C.S.I. (microinyección espermática), si es preciso. Esta cobertura no es anual renovable por lo que los límites establecidos se aplican con independencia del número de renovaciones de la póliza a lo largo del tiempo.

Se considera incluido en cada intento de inseminación artificial los actos médicos indicados a continuación:

- Consultas de ginecología para inicio y seguimiento del tratamiento.
- Pruebas diagnósticas ecográficas y analíticas necesarias para el tratamiento.
- Estimulación de la ovulación.
- Preparación del semen.
- Semen de donante, si es preciso.
- Inseminación.

Se considera incluido en los ciclos de transferencia completa de F.I.V. (Fecundación in Vitro):

- Consultas de Ginecología para inicio y seguimiento del tratamiento.
- Pruebas diagnósticas ecográficas y analíticas necesarias para el tratamiento.
- Estimulación de la ovulación.
- Punción ovárica y cultivo de embriones.
- Transferencia de embriones.
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (I.C.S.I.).
- Biopsia testicular para la obtención de espermatozoides (T.E.S.E.).
- Coste de congelación y mantenimiento de embriones durante un máximo de 2 años.
- Transferencia de embriones congelados.
- Punción ovárica y cultivo de embriones en la donación de ovocitos.

Alcance de la cobertura del tratamiento de la infertilidad en la pareja:

- **El fracaso en dos intentos de estimulación de la ovulación en cualquiera de las técnicas cubiertas implica la no cobertura del resto del tratamiento por parte del Asegurador.**
- **El coste del mantenimiento de los embriones congelados una vez finalizado el ciclo de F.I.V., a partir del segundo año, correrá a cargo del Asegurado.**
- **En la F.I.V., la transferencia de embriones congelados provenientes de un intento anterior cubierto por la póliza no tendrá la consideración de un nuevo intento, no obstante, tan sólo tendrá cobertura un nuevo intento F.I.V. con embriones congelados provenientes de una F.I.V. anterior. Si estos se malograsen en el intento, se podrá acceder, si se tuviera derecho, al segundo y último intento de F.I.V.**
- **Salvo pacto en contrario establecido en Condiciones Particulares de la Póliza, queda excluido el tratamiento si la infertilidad de uno de los integrantes de la pareja, o los dos, se ha producido voluntariamente, o bien, es consecuencia del proceso fisiológico natural propio de haber alcanzado el final del periodo reproductivo en la persona.**
- **Cualquier otro procedimiento o prueba diagnóstica no incluido en esta descripción se encuentra excluido expresamente.**
- **No queda incluida la medicación utilizada para el tratamiento, de acuerdo al Art. 13º de la póliza.**

Las técnicas de reproducción asistida se aplicarán según el alcance establecido en la legislación vigente en cada momento y a cargo del Asegurador en las clínicas y centros hospitalarios y por los profesionales designados y concertados por el Asegurador, debiendo requerir la autorización expresa del Asegurador siempre de forma previa al inicio del tratamiento.

También se podrá tener acceso a este servicio a través del reembolso de gastos médicos en profesionales y centros debidamente acreditados, de acuerdo a la legislación vigente en cada momento, y no concertados por el Asegurador.

Para el reembolso de gastos médicos, se establecen como límites los indicados a continuación, sin aplicación de franquicia:

- a) Para los tres intentos de inseminación artificial, se establece un límite máximo de 600 Euros por cada intento y por el conjunto de los gastos médicos debidamente acreditados.**

- b) Para los dos intentos de fecundación in Vitro, se establece un límite máximo de 4.000 Euros por cada intento y por el conjunto de los gastos médicos debidamente acreditados.**

Para poder ejercer el derecho al reembolso de los gastos médicos, los Asegurados deben aportar y acreditar el pago de los recibos o facturas originales y legales, desglosando los servicios prestados. Así mismo, deberán aportar cualquier documentación médica requerida por el Asegurador que acredite y especifique el tratamiento recibido. El reembolso se realizará en los 20 días posteriores a la recepción de toda la documentación necesaria.

10.3. Asistencia en Viaje

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.

Descripción de las coberturas

• Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Asegurador se hará cargo:

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

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo 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.

• Transporte o repatriación de los Asegurados

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

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

- **Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.**

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

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

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

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

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

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

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

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

- por eventos sobrevenidos en España hasta 1.502,53 Euros.
- por eventos sobrevenidos en el extranjero hasta 12.000 Euros por el conjunto de gastos producidos fuera de España.

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su

billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

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

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

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

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

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

- **Transmisión de mensajes.**

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

Exclusiones específicas de la Garantía de Asistencia en Viaje.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.4. Medicina Preventiva

Los Asegurados tendrán derecho a las prestaciones indicadas en cada uno de los siguientes apartados:

10.4.1. Prevención Infantil

Comprende los actos de medicina preventiva, practicados sobre los asegurados hasta 14 años, incluyéndose:

- Revisión médica general por su pediatra cada mes durante el primer trimestre de vida, bimensual hasta los 18 meses de edad y anual hasta los 14 años de edad.
- Administración de vacunas según el programa oficial de cada comunidad autónoma, tales como Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliomielitis y Triple vírica.
- Revisión de la visión por oftalmólogo, a la edad de 3 ó 4 años y a la edad de 10 ó 11 años
- Revisión de la audición a la edad de 3 ó 4 años y a la edad de 10 ó 11 años.
- Prevención dental a la edad de 6 años y a la edad de 10 ó 12 años para la valoración del correcto desarrollo bucodental.

10.4.2. Medicina Preventiva del Adulto

Comprende los actos de Medicina Preventiva, practicados sobre Asegurados comprendidos entre 14 y 65 años de edad, incluyéndose:

- Revisión médica general por su médico de cabecera, con periodicidad bianual hasta los 35 años y anual hasta los 65 años. Incluye: anamnesis completa e historia clínica, tensión arterial, talla, peso, examen de la piel, examen cardio-respiratorio, examen del abdomen, valoración del estado de salud y riesgo de enfermedad.

- Analítica general, por expreso criterio médico tras la revisión médica, incluyendo: hemograma, V.S.G., glucemia, colesterol, urea, creatinina, ácido úrico, albúmina y sedimento de orina, G.O.T. y G.P.T.
- Prevención de la obesidad, hipertensión arterial e hiperlipemias, a partir de la visita médica.
- Prevención de la enfermedad coronaria, a partir de la revisión médica y la analítica general, incluyendo, a partir de los 30 años: ECG basal en los varones, revisión por cardiólogo, y de los 35 años a los 65 años, cada 5 años, y según los factores de riesgo cardiovascular: ECG de esfuerzo y control por cardiólogo.
- La revisión ginecológica con visita y citología anual así como, a partir de los 45 años, una mamografía anual.
- Amniocentesis, cuando en el momento de realización de la misma, la edad de la embarazada sea igual o superior a 35 años cumplidos.
- Planificación familiar, en el caso de la mujer, incluye consulta a ginecólogo y la colocación del dispositivo intrauterino (se excluye el coste del DIU, diafragma o medicación), en el caso del varón, la consulta al urólogo. La ligadura de trompas y la vasectomía. Estudio básico para el diagnóstico de las causas de la infertilidad y esterilidad de la pareja incluyendo: exploración ginecológica completa, análisis hormonales, ecografía completa y seminograma o espermio-grama.
- Prevención dental: control por estomatólogo e higiene dental anual.
- Prevención del tétanos: administración de la vacuna por indicación médica.
- Prevención de la sordera con estudio de la audición con audiometría por indicación médica.
- Prevención de las enfermedades de los ojos con estudio agudeza visual a los 25 y 35 años y estudio de la agudeza visual y tonometría a partir de los 40 años con periodicidad bianual.
- Clases de preparación al parto.

10.4.3. Prevención geriátrica

Comprende los actos de Medicina Preventiva, practicados sobre Asegurados mayores de 64 años con periodicidad anual, incluyéndose:

- Revisión médica general por su médico de cabecera
- Analítica general de sangre y orina
- La revisión ginecológica con citología anual.
- Prevención de la gripe: administración de la vacuna por indicación médica.
- Prevención del tétanos: administración de la vacuna por indicación médica.
- Prevención dental: control por estomatólogo e higiene dental anual.
- Prevención de la sordera y enfermedades de los ojos, incluyendo revisión por otorrinolaringólogo y revisión por oftalmólogo
- Prevención del cáncer de mama: mamografía, ginecológico: citología y digestivo: sangre oculta, todo a criterio médico.

Reembolso de Honorarios Médicos en España

10.5. Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología

Se cubre el reembolso de los siguientes servicios médicos recibidos en España:

- Honorarios médicos de las consultas de Medicina General y Pediatría. Asimismo se incluye la consulta del Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S) Diplomado Enfermería (D.E.), Podólogo y del Servicio Médico de Urgencias a Domicilio, así como las consultas psicológicas individuales prescritas, exclusivamente, por un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías psicológicas, el diagnóstico psicológico simple o los tests psicométricos, siendo los formularios a cargo del Asegurado y hasta el límite establecido en el Artículo 10.1 de las presentes Condiciones Generales.
- Honorarios médicos de las consultas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, así como los honorarios médicos de los profesionales necesarios para las intervenciones quirúrgicas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (Anestelistas, Comadronas).

El importe de capital máximo por asegurado y año de la Garantía de Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología será el establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La cuantía a reembolsar toma como base el importe pagado por el Asegurado deducido el porcentaje de franquicia del 20% indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza y con la limitación de importe por cada acto médico establecida en las citadas Condiciones Particulares.

Se reembolsará al Asegurado, los honorarios médicos de las consultas y los de las Intervenciones Quirúrgicas de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. La intervención quirúrgica se catalogará en el grupo que corresponda de la última Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a la que corresponda a la intervención realizada, a tenor de lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, una vez deducida la franquicia.

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

Asistencia Complementaria Familiar

10.6. Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

El Asegurador garantiza al Asegurado el pago del Capital Asegurado por cada día de duración del siniestro según lo establecido en las Condiciones Particulares.

Durante el Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado, el Asegurador garantiza el pago del Capital Asegurado correspondiente a esta garantía de acuerdo a lo reflejado en las Condiciones Particulares por permanencia ininterrumpida en un centro sanitario, clínica u hospital.

Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un solo período de hospitalización.

El devengo del Capital Asegurado se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en el centro sanitario, clínica u hospital. En ningún caso se indemnizará Capital alguno por aquellas hospitalizaciones inferiores a 24 horas.

Adicionalmente, si durante el Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares, a consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, el Asegurador garantiza el pago de un Capital adicional equivalente al contratado por permanencia ininterrumpida en la U.V.I./U.C.I. de un centro sanitario, clínica u hospital, con el alcance y límites establecidos en la póliza. El devengo del Capital Asegurado se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en la U.V.I./U.C.I. del centro sanitario, clínica u hospital.

Ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos con intervalos de salud, ningún Asegurado podrá devengar Capital Asegurado por enfermedad y accidente de un mismo proceso o diagnóstico, por un tiempo superior al Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares.

En caso de coincidencia de varias enfermedades. Aún en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo o sobreviniera una nueva enfermedad, consecuencia del curso clínico de las enfermedades inicialmente declaradas, no empezará a contar un nuevo plazo, siendo el Capital Asegurado el indicado en las Condiciones Particulares. Si la nueva enfermedad sobreviniera como causa un proceso distinto de las enfermedades declaradas anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad.

Para los Asegurados con una edad inferior a 5 años o superior a 65 años cumplidos, la cobertura de la presente garantía queda limitada a la Hospitalización Quirúrgica por Enfermedad y/o Accidente.

10.7. Asistencia Dental

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

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

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

Artículo 11º. Tramitación del Siniestro

11.1. Utilización de los servicios del Cuadro Médico Premium

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro en el momento en que se utilizan los servicios que el Asegurador pone a disposición de los Asegurados a través de la Guía Médica Premium.

11.1.1. Ámbito Territorial. El Asegurador pone a disposición de los asegurados, preferentemente, la Guía Médica Premium de la localidad indicada en las Condiciones Particulares. Asimismo, podrá utilizar también los servicios de Cuadros Médicos Premium de otras localidades, siempre dentro del ámbito de coberturas de las garantías contratadas.

11.1.2. Visitas a domicilio. En aquellas coberturas que prevén servicios a domicilio, el Asegurador facilitará los mismos en el domicilio que figura en la póliza como residencia habitual de los Asegurados, y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado según se establece en el apartado a) del artículo 12 de las presentes Condiciones.

Las visitas domiciliarias sólo se autorizarán cuando la enfermedad que aqueje al Asegurado provoque que éste no pueda trasladarse a la consulta del médico.

11.1.3. Urgencias. El Asegurado podrá acudir directamente al Centro Permanente de Urgencias que tenga establecido el Asegurador, cuya dirección figura en la Guía Médica Premium.

Los servicios de urgencia a domicilio deberán solicitarse al teléfono indicado en la documentación que se entrega al Asegurado.

11.1.4. Especialidades Médicas. Los médicos especialistas serán los consultores de los médicos generales, asesorándoles cuando sean requeridos por éstos en su consulta. Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los especialistas, si bien se recomienda recurrir, en primer lugar, al médico de cabecera, ya que es el más indicado para aconsejar al enfermo sobre qué acciones debe llevar a cabo y a qué médico especialista acudir, en base a la enfermedad que le aqueje.

11.1.5. Ayudantes Técnico Sanitarios, Diplomados en Enfermería. El servicio de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería podrá solicitarse con la prescripción facultativa correspondiente para los tratamientos.

En casos de urgencia, se solicitará la administración de la medicación prescrita por un facultativo al Servicio de Urgencia permanente que tiene establecido el Asegurador y cuyo teléfono figura en el Cuadro Médico Premium.

11.1.6. Autorizaciones Previas. Las pruebas diagnósticas especiales, la hospitalización, los actos quirúrgicos (tanto de diagnóstico como de tratamiento) y la prestación de un tratamiento o servicio terapéutico (por ejemplo: radioterapia, quimioterapia, fisioterapia y rehabilitación funcional, oxigenoterapia, aerosolterapia, hemoterapia, etc.) serán prescritos por un facultativo del Cuadro Médico Premium, acompañando informe justificando la necesidad del servicio y el Asegurado deberá obtener su confirmación en las oficinas del Asegurador. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente al Asegurador, salvo que en dicha confirmación se haga expresa indicación que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.

En los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden correspondiente del facultativo teniendo el Asegurado que obtener la confirmación del Asegurador dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. En este último supuesto, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

Adicionalmente, para su comodidad, podrá realizar la solicitud de autorización de una manera más ágil y sencilla acudiendo a la página web de Generali, en el apartado Trámites de Salud / Autorización Médica.

11.1.7. Documentación. Para poder disfrutar de los servicios que la póliza ofrece, siempre que se encuentren cubiertos por la misma según las garantías contratadas, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta de identificación personal que el Asegurador le ha entregado a los efectos oportunos.

En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo máximo de cuarenta y ocho

horas, procediéndose a anular dicha tarjeta y emitir una nueva. Además el Tomador del seguro y cada Asegurado se obligan a devolver al Asegurador las tarjetas personales, en el caso de rescisión, resolución y en general de finalización de la relación contractual, cualquiera que sea la causa de la misma.

11.1.8. Alcance de las prescripciones facultativas. El Asegurador asume los honorarios y gastos de internamiento y de servicios que el facultativo incluido en Cuadro Médico Premium pudiera prescribir, siempre que las garantías contratadas den lugar a ello de acuerdo con las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la Póliza.

11.1.9. Asistencia en Viaje. Para la prestación de los servicios inherentes a las garantías especificadas en el Art. 10, apartado 10.5. Asistencia en Viaje, es indispensable que el Asegurado solicite la intervención del Asegurador, desde el momento del suceso, a los teléfonos indicados en la tarjeta de identificación del Asegurado durante las 24 horas del día.

11.2. Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología

En el caso de contratación de la Garantía de Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, el Asegurado puede optar por acudir a un facultativo o centro ajeno al Cuadro Médico Premium, en cuyo caso se procederá al reembolso al Asegurado de los honorarios médicos de Asistencia Primaria y de Obstetricia y Ginecología en que haya incurrido el Asegurado en España, al recibir asistencia médica y quirúrgica, dentro de las garantías 10.1, 10.2 y 10.4 de la presente póliza. Por lo tanto, el Asegurador reembolsará en base al importe satisfecho por el Asegurado, con el alcance establecido en las presentes Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

a) Comunicación.

El Tomador del seguro o Asegurado deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los plazos que a continuación se indican, contados a partir de la fecha en que fue conocido. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de esta declaración salvo que se demuestre que tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

Los plazos de comunicación de siniestro son:

- 48 horas posteriores en caso de hospitalización urgente
- 3 días antes de la fecha de hospitalización en caso de estar programada
- 7 días posteriores a la ocurrencia del siniestro en cualquier otro caso.

b) Documentación.

La documentación a presentar al Asegurador para solicitar el reembolso de los gastos debe reflejar siempre, en cualquier documento, la identificación del Asegurado que recibe el servicio.

Esta documentación es la siguiente:

- “Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización” debidamente cumplimentada.
- Facturas y recibos originales que acrediten que el Asegurado ha efectuado el pago del servicio cuyo reembolso solicita, debiendo ser emitidos por el facultativo o centro que ha prestado el servicio al Asegurado. Esta documentación debe contener obligatoriamente la siguiente información:
 - Datos generales del facultativo o centro, como nombre, razón social, apellidos, dirección, N.I.F./C.I.F., nº de colegiado del facultativo y especialidad del mismo.
 - Naturaleza de los servicios prestados, fecha e importe de los mismos.

- Prescripciones médicas originales u otro tipo de documento original donde figure, además del nombre completo y número de colegiado del médico, el nombre completo del paciente y su número de tarjeta, el diagnóstico o la causa del servicio solicitado por el facultativo que atiende al Asegurado.

Adicionalmente, para su comodidad, podrá realizar la solicitud de reembolso de una manera más ágil y sencilla acudiendo a la página web de Generali, en el apartado Trámites de Salud / Reembolso de Salud Solicitud.

c) Pago del siniestro

Una vez recibida toda la documentación requerida, y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador procederá al reembolso de gastos que corresponda de acuerdo a lo establecido en la póliza.

En cualquier caso, el reembolso de gastos se realizará en los 20 días posteriores a la recepción de la documentación pertinente.

En el caso de que el proceso tuviera una duración superior a tres meses, el Tomador del seguro o el Asegurado deberá remitir al Asegurador la documentación que acredite el pago de los servicios prestados a lo largo del último trimestre.

En el caso de que el servicio médico se reciba por parte del Asegurado en un país no perteneciente a la Unión Europea, la valoración del coste del servicio a reembolsar por parte del Asegurador se realizará en Euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas de la fecha en que el Tomador o Asegurado procedió al pago del servicio prestado. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de la documentación aportada por el Tomador o Asegurado correrán a cargo del Asegurado.

11.3. Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

a) Comunicación del siniestro

Con carácter general, el Tomador o Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro en un plazo máximo de siete días, tal como previene el Art. 16 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Si el aviso se cursa por correo, deberá hacerse a través de carta certificada, y se reconoce como fecha de recepción la que figura en el matasellos del sobre correspondiente. En todos los casos, se podrá acreditar la fecha de inicio del devengo del Capital Asegurado por el acuse de recibo que haya sido extendido por el Asegurador.

El Asegurador podrá realizar las visitas que considere oportunas para comprobar el estado del Asegurado, pudiendo adoptar, en función del resultado de las mismas, las medidas que estime oportunas. En el caso que un Asegurado se opusiera o impidiera la visita del Asegurador, éste quedará totalmente liberado de la prestación del servicio del que se trate, exceptuando la oposición del facultativo que atienda al Asegurado, en cuyo caso, éste deberá fundamentar sus razones debidamente y por escrito.

El Asegurado presta su consentimiento expreso para que, en caso de siniestro, el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atiendan o lo hayan atendido, sobre datos médicos o clínicos relativos al mismo. El Asegurador se compromete a respetar el carácter confidencial de los datos que le puedan ser facilitados.

El Asegurador no queda vinculado por las valoraciones emitidas por profesionales de cualquier otro organismo público o privado.

b) Documentación del siniestro

Para poder acceder al cobro del Capital Asegurado, deberá hacerse llegar al Asegurador la siguiente documentación:

- “Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización” debidamente cumplimentada y firmada por el médico que ha prescrito el ingreso en el centro sanitario, clínica u hospital.

En caso de faltar el documento «Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización», se podrá hacer llegar al Asegurador el aviso de siniestro mediante escrito realizado y firmado por el médico que asiste al Asegurado debiendo constar los siguientes datos:

- Nombre, apellidos, edad, y domicilio del Asegurado que ha sido hospitalizado.
- Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
- Fecha y hora de ingreso, así como centro sanitario, clínica u hospital en el cual se encuentra ingresado el Asegurado.
- Informe médico que refleje la causa que motiva el ingreso, así como el tratamiento aplicado al Asegurado.
- Fecha probable de alta hospitalaria del Asegurado.
- Una vez dado de alta deberá facilitar al Asegurador documento acreditativo, firmado por el médico y por la Dirección Administrativa del Centro en que ha estado ingresado el Asegurado, en el que se informe del período exacto de dicho ingreso, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.

c) Pago del siniestro

El Asegurador está obligado a satisfacer el Capital Asegurado al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. El Asegurador podrá efectuar pagos a cuenta del importe total del siniestro en aquellos casos en que la duración del mismo sea superior a 40 días.

Artículo 12º. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

- a) Comunicar al Asegurador cualquier cambio de domicilio, notificándolo por carta certificada con una antelación mínima de siete días al requerimiento de cualquier servicio. El Asegurador se obliga a emitir el correspondiente suplemento.
- b) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato. Los hijos recién nacidos del Asegurado serán incorporados automáticamente en la póliza (no aplicándose período de carencia superior al que faltase por consumir al padre y en su defecto a la madre) con fecha de efecto la fecha de nacimiento, siempre y cuando se solicite el alta en los 15 días naturales siguientes al nacimiento y que la madre tenga derecho a la prestación del parto en la póliza.

Artículo 13°. Riesgos no cubiertos por póliza

Además de las exclusiones y limitaciones establecidas en los demás artículos de las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza, quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

- Los servicios derivados por atención a enfermedades o cualquier otra alteración de salud preexistente a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado y que hubieran dado síntomas evidentes de su existencia.
- Las prótesis de cualquier clase, las piezas anatómicas y ortopédicas, el desfibrilador automático implantable y el corazón artificial, excepto el material de osteosíntesis y las prótesis siguientes: válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de cadera, by pass vascular, prótesis internas traumatológicas, la lente intraocular en caso de catarata así como la prótesis de mama tras mastectomía radical.
- Los daños producidos por explotaciones nucleares o radiactivas, que se hallen cubiertos por los seguros de Responsabilidad Civil por daños nucleares.
- Los hechos de guerra, motines, revoluciones, actos terroristas y las epidemias declaradas oficialmente así como los cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- Los tratamientos no quirúrgicos de la apnea obstructiva del sueño.
- El psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia, los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, las terapias de grupo, test psicológicos, curas de sueño y acupuntura, así como los tratamientos experimentales o no reconocidos o no avalados suficientemente por la comunidad científica correspondiente.
- Los tratamientos de tipo puramente estético (cirugía plástica, esclerosis de varículas, tratamientos cosméticos, curas de adelgazamiento, tratamiento de la obesidad e intervención quirúrgica de la miopía, hipermetropía y astigmatismo). No así la cirugía reparadora tras accidente o quemadura.
- Los trasplantes de cualquier tipo.
- Los tratamientos de cualquier tipo de drogadicción o toxicomanía (por ejemplo alcoholismo).
- La asistencia de cualquier tipo derivada de suicidio, tentativa de suicidio o por lesión causada a sí mismo por el Asegurado.
- Los servicios derivados por la atención del Sida y/o enfermedades causadas por el virus HIV positivo.
- Los medicamentos y vacunas, a excepción de los suministrados en caso de ingreso hospitalario de acuerdo a lo contemplado en el Art. 10 de las presentes Condiciones Generales.
- Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas así como las determinaciones del mapa genético que tienen como finalidad el estudio de las causas de infertilidad y esterilidad de la pareja.
- Se excluyen, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares de la póliza, los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias a los que se someta voluntariamente el asegurado que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad

salvo los contemplados en el artículo 10.4 “Garantía Cuarta: Medicina Preventiva” de las presentes Condiciones Generales.

- **Se excluyen de la cobertura de la Garantía 10.6 “Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente”, los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos y similares.**
- **Queda fuera del objeto de cobertura de la garantía 10.7 “Asistencia Dental” cualquier servicio no incluido expresamente en las Condiciones Particulares o en el apartado de “Servicios Médicos Odontostomatológicos Codificados” de la Guía Dental.**
- **Se excluye de la cobertura de la Garantía 10.5 Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología los actos médicos contemplados en el tratamiento de la infertilidad que se encuentran recogidos en la Garantía 10.2 Especialidades Médicas y Quirúrgicas.**
- **Se excluye de la cobertura de la Garantía 10.5 Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, el reembolso de honorarios médicos cuando el servicio objeto de la solicitud de reembolso haya sido prestado por un profesional o centro del Cuadro Médico Premium.**
- **Se excluye de la cobertura de la Garantía 10.5 Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, el Reembolso de honorarios médicos cuando el servicio objeto de la solicitud de reembolso haya sido prestado por el cónyuge ó los familiares del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad.**

Artículo 14º. Indisputabilidad

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico, y la póliza se hubiere contratado en base al Cuestionario de Salud presentado por el Asegurador, y se comprueba que ha existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del seguro o del Asegurado al contestar al Cuestionario preparado por el Asegurador, éste podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro.

La póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador del Seguro haya actuado con dolo.

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad, a quien corresponde el control de la actividad aseguradora, como autoridad del Estado Español, protegerá la libertad de los asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguro ya celebrados.

Artículo 15º. Legislación aplicable y jurisdicción competente

Salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza se indique lo contrario, se aplicará a este contrato la legislación española.

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

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

www.generali.es

generali.es

