

Generali Seguro de Reembolso de Gastos Hospitalarios y Médicos

Condiciones Generales y
Condiciones Generales Específicas



GENERALI
Seguros



Índice

| | |
|--|-----------|
| Cláusula Informativa | 2 |
| Definiciones | 4 |
| Artículo 1.º Objeto del Seguro | 5 |
| Artículo 2.º Reembolso de Gastos Hospitalarios | 5 |
| Artículo 3.º Reembolso de otros Gastos Médicos | 6 |
| Artículo 4.º Personas no asegurables | 7 |
| Artículo 5.º Riesgos excluidos | 7 |
| Artículo 6.º Límites Territoriales | 9 |
| Artículo 7.º Plazos de Carencia | 9 |
| Artículo 8.º Bases del Contrato | 9 |
| Declaraciones sobre el Riesgo | 10 |
| Artículo 9.º Al Concertar el Seguro | 10 |
| Artículo 10.º En Caso de Variaciones del Riesgo | 10 |
| Artículo 11.º Otros Seguros | 11 |
| Artículo 12.º Perfección y Efecto del Seguro | 11 |
| Artículo 13.º Duración del Contrato | 12 |
| Artículo 14.º Primas | 12 |
| Siniestros | 13 |
| Artículo 15.º Aviso de Accidente o Enfermedad | 13 |
| Artículo 16.º Libre Elección de los Servicios Médicos | 14 |
| Artículo 17.º Tramitación | 14 |
| Artículo 18.º Pago de la indemnización | 14 |
| Artículo 19.º Controversias | 14 |
| Artículo 20.º Comunicaciones | 15 |
| Artículo 21.º Prescripción | 16 |
| Solución de conflictos entre las partes | 16 |
| Artículo 22.º Arbitraje | 16 |
| Artículo 23.º Competencia de Jurisdicción | 16 |
| Condiciones especiales para Seguros de Familia | 16 |
| Condiciones especiales para Seguros de Grupo | 18 |

Claúsula Informativa

La presente INFORMACION es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y siguientes del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2.486/98) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

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, MADRID, CIF A.28007268.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora

Corresponde al Ministerio de Economía, 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 e los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

La Compañía pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores, dirigiendo escrito al Servicio de Atención al Cliente. En el escrito deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

Dirección: Servicio de Atención al Cliente
Calle Orense, nº 2
28020 Madrid
reclamaciones@generali.es

El Servicio de Atención al Cliente, 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 atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participante en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44
28046 MADRID
www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro se regirá por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2.004, de 29 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, por el Real Decreto 2.486/ 1998, de 20 de Noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y por lo dispuesto en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Contrato.

No tendrán validez las cláusulas excluyentes o limitativas de los derechos del Tomador o de los Asegurados que no hayan sido expresamente aceptadas por los mismos por escrito, y con su firma en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Definiciones

- 1. Asegurador:** GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.
- 2. Asegurado:** La persona o personas, designadas en las Condiciones Particulares, para las cuales se presta el Seguro.
- 3. Tomador del Seguro:** La persona, física o jurídica, que juntamente con el Asegurador, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplimentadas por el Asegurado.
- 4. Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales, si procedieren y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarlas.
- 5. Prima:** El precio del Seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- 6. Suma Asegurada:** La cantidad fijada en la Póliza que constituye el límite máximo de las indemnizaciones a pagar por el Asegurador al Asegurado por todos los conceptos cubiertos por el Contrato en el transcurso de cada anualidad del Seguro.
- 7. Siniestro:** Se entenderá producido un siniestro cuando el Asegurado incurra en gastos médicos reembolsables por las coberturas de esta Póliza. Se considerará un sólo y mismo siniestro todos los gastos provenientes del mismo tratamiento o proceso curativo.
- 8. Enfermedad:** Toda alteración no accidental del estado de la salud, dictaminada por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa.
- 9. Accidente:** Todo evento debido a una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca lesiones corporales objetivamente apreciables.
- 10. Gastos médicos razonables y acostumbrados:** Son aquellos que no excedan notoriamente de los que en condiciones similares habrían sido facturados a un paciente de igual sexo, edad y posición que el Asegurado por consultas y tratamientos médico-quirúrgicos análogos a los cubiertos.

11. Franquicia: Cantidad anual, expresamente pactada que se deducirá del importe de las indemnizaciones que correspondan al Asegurado en cada anualidad de Seguro.

Artículo 1.º Objeto del Seguro

En base a las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales, del presente Contrato de Seguro, el Asegurador se obliga, dentro de los límites pactados, a satisfacer, en caso de enfermedad o accidente ocurridos al Asegurado, las siguientes prestaciones:

- a) Reembolso de gastos hospitalarios.
- b) Reembolso de otros gastos médicos.

Artículo 2.º Reembolso de Gastos Hospitalarios

La garantía del presente artículo cubre el reembolso del 100% de los gastos razonables y acostumbrados en que haya incurrido el Asegurado para el pago de los importes facturados por un hospital o clínica por los conceptos de habitación, manutención, atención general y demás servicios hospitalarios prestados estando el Asegurado ingresado como paciente interno, hasta el límite anual máximo previsto en las Condiciones Particulares. Los gastos hospitalarios que excedan del citado límite máximo anual se reembolsarán, en su caso, por la garantía del artículo 3.º.

No se cubren los cargos hospitalarios por uso de teléfono, televisión y otros servicios no conectados directamente con la enfermedad. Los honorarios médicos, aún si estuviesen incluidos en la factura del hospital, no son reembolsables por esta garantía, sino, en su caso, por la del artículo 3.º.

Quedan también comprendidos, aún cuando no se dé la condición de internamiento del Asegurado:

- a) Los cargos hospitalarios por tratamientos fisioterapéuticos y de rehabilitación consecuentes a una intervención quirúrgica.
- b) Los importes satisfechos por curas de urgencia practicadas al Asegurado en un centro hospitalario.

Cualquier otro gastos en que incurra el Asegurado como paciente externo del hospital quedará al margen de las coberturas de este artículo y será reembolsable, en su caso, por la cobertura del artículo 3.º.

Artículo 3.º Reembolso de otros Gastos Médicos

Por el presente artículo se cubre el reembolso del 80% de los siguientes gastos médicos siempre que sean razonables y acostumbrados:

- Gastos hospitalarios que excedan de los cubiertos por las garantías del artículo 2.º.
- Los cargos facturados por el hospital o clínica por la asistencia prestada al Asegurado como paciente externo.
- Los honorarios del médico, cirujano, anestesista y restante personal sanitario que atienda al Asegurado con ocasión de cualquier enfermedad o accidente cubierto, tanto en el supuesto de internamiento hospitalario como en los casos de asistencia ambulatoria y/o domiciliaria.
- La contratación del servicio privado de enfermera de guardia prestado por una enfermera profesional titulada y colegiada, que no sea familiar del Asegurado ni resida habitualmente en el mismo domicilio del Asegurado.
- Fármacos y medicinas prescritas por el médico encargado de la atención.
- Análisis clínicos, de laboratorio, rayos X y demás pruebas necesarias para la verificación del diagnóstico de la enfermedad.
- Tratamiento de rayos X y terapia radiológica.
- Tratamientos especiales que hagan preciso el uso del pulmón de acero u otro equipo médico-quirúrgico no habitual.
- Miembros y ojos artificiales, prótesis y aparatos ortopédicos, **con exclusión, en todo caso de exámenes de la vista, coste de gafas, lentes o lentillas y de aparatos auditivos.**
- Servicio de ambulancia utilizado para trasladar al Asegurado enfermo o herido a, o desde, un centro hospitalario situado en la misma provincia, o en una limítrofe, a aquella en que se encuentre el Asegurado al producirse la enfermedad o accidente.

Las garantías del presente artículo se prestan con un descubierto, en concepto de franquicia anual a cargo del Asegurado, cuyo importe se fija en las Condiciones Particulares.

Artículo 4.º Personas no Asegurables

No son asegurables las personas de edad superior a 65 años. Para aquellos Asegurados que alcancen tal límite de edad, el Seguro cesa automáticamente al sucesivo vencimiento anual de la Prima, sin que pueda ser opuesto el eventual cobro de Primas vencidas después de haber cumplido la citada edad, Primas que, en tal caso, serán restituidas.

No son tampoco asegurables las personas con defectos físicos o mutilaciones importantes, ni las que, con anterioridad a la contratación del Seguro, estuvieran afectadas de apoplejía, epilepsia, parálisis, diabetes o de otras enfermedades graves y/o permanentes salvo que, declarada esta circunstancia al Asegurador en el cuestionario que este someta al Tomador o al Asegurado, sean expresamente aceptadas por el Asegurador.

Artículo 5.º Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las coberturas del Seguro:

- *La prestación directa por el Asegurador de los servicios médicos y quirúrgicos.*
- *El reembolso de los gastos médicos derivados de:*
- *Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva.*
- *Las enfermedades que sean expresión o consecuencia directa de situaciones patológicas existentes con anterioridad a la estipulación del Contrato o que surgiesen durante los periodos de carencia. Esta exclusión quedará automáticamente derogada una vez se haya pagado el recibo de Prima correspondiente a la segunda anualidad del Seguro.*
- *Las enfermedades crónica o recidivantes contraídas con anterioridad a la entrada en vigor del Seguro, salvo que declaradas por el Asegurado o el Tomador del Seguro, sean expresamente aceptadas por el Asegurador.*
- *Cualquier internamiento hospitalario, operación quirúrgica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por el médico encargado de la atención.*

- *La asistencia psiquiátrica y el tratamiento de las enfermedades mentales y las nerviosas.*
- *El alcoholismo crónico, la drogadicción y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.*
- *Las intervenciones de amígdalas y vegetaciones en personas que no hayan cumplido los 9 años de edad.*
- *Las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas.*
- *La cirugía plástica o reparadora y/o los tratamientos estéticos.*
- *Las curas dentales y paradentales así como las prótesis dentales, las extracciones y, en general, cualquier atención prestada por un dentista.*
- *La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria y los accidentes causados intencionadamente por el Asegurado.*
- *Los accidentes sufridos en estado de embriaguez o a consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecida judicialmente.*
- *Los accidentes derivados de la práctica del boxeo, halterofilia, lucha en sus distintas formas, alpinismo con escalada de paredes rocosas o acceso a glaciares deslizamiento en trineos, inmersiones con empleo de aparatos respiratorios, espeleología y deportes aéreos en general.*
- *Los accidentes sufridos durante la participación en carreras o competiciones y sus correspondientes pruebas y entrenamientos, salvo que se trate de competiciones oficiales automovilísticas de regularidad, carreras pedrestres, petanca, golf, pesca submarina a pulmón libre, tiro, esgrima, tenis, así como competiciones empresariales y todas aquellas que tengan carácter recreativo.*
- *Las consecuencias directas o indirectas de la trasmutación del núcleo atómico, así como radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas.*

- *Las enfermedades y accidentes ocurridos con ocasión de guerra, civil o internacional, operaciones de carácter similar, hechos de carácter político o social, actos de terrorismo, temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.*

Artículo 6.º Límites Territoriales

Las garantías de la presente Póliza son válidas en todo el mundo, bajo condición de que el Asegurado tenga su residencia habitual en España.

Las indemnizaciones serán pagaderas en España y, en todo caso, en moneda española al cambio en vigor en la fecha de liquidación del siniestro.

Artículo 7.º Plazos de carencia

Una vez perfeccionado, el presente Contrato de Seguro entra en vigor:

- **Inmediatamente para los accidentes así como para las enfermedades infecciosas agudas sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto del Seguro: cólera, difteria, disentería, tifus y paratifus, fiebre tifoidea y paratifoidea, fiebre recurrente, meningitis cerebro-espinal, viruela, paludismo, tosferina, rubeola, sarampión, varicela, escarlatina, parotiditis y poliometitis.**
- **El trigésimo día siguiente al de efecto de la garantía para cualquier otra enfermedad.**

Artículo 8.º Bases del Contrato

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta Póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del Seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados.

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

Declaraciones sobre el Riesgo

Artículo 9.º Al concertar el Seguro

- 9.1. El Asegurador presta su conformidad al Seguro y determina la Prima únicamente en base a las declaraciones del Tomador o el Asegurado, los cuales tienen el deber, antes del perfeccionamiento del Contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste les someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- 9.2. El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante comunicación dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud atribuibles al Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.
- 9.3. Si el siniestro sobreviniese antes de que el Asegurador haga la comunicación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medio dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

Artículo 10.º En caso de variaciones del Riesgo

- 10.1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, también durante el curso del Contrato, comunicar al Asegurador tan pronto les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
- 10.2. **En el caso de agravación del riesgo el Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que le haya sido declarada, proponer una modificación del Contrato.**

En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia

al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

10.3. El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado su comunicación y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe.

En otro caso la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

10.4. El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y que sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo 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 hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Artículo 11.º Otros Seguros

El Tomador del Seguro debe comunicar al Asegurador la existencia o posterior celebración de cualquier otro Seguro de Enfermedad que se refiera a la misma persona.

El incumplimiento de este deber dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

Artículo 12.º Perfección y efecto del Seguro

El presente Contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la Póliza por las partes contratantes.

Firme cuando se dispone en el Artículo 7.º sobre los plazos de carancia, la cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de Prima, salvo expreso pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

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

Artículo 13.º Duración del Contrato

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

13.2. Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del Seguro en curso.

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

13.3. Las coberturas del Seguro cesarán automáticamente al producirse la rescisión de la Póliza sin que el Asegurado tenga derecho al reembolso de los gastos médicos derivados de consultas, análisis, tratamiento u hospitalizaciones posteriores a la fecha de rescisión del Contrato aunque los mismos derivasen de accidentes o enfermedades anteriores a esa fecha.

Artículo 14.º Primas

14.1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera Prima o de la Prima única en el momento de la perfección del Contrato. Las Primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos.

14.2. Si se ha pactado el pago fraccionado de la Prima, la primera fracción será exigible a la perfección del Contrato y las demás a sus respectivos vencimientos.

En todo caso, el fraccionamiento de pago de la Prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la Prima anual.

- 14.3.** Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la Prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.
- 14.4.** Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de Prima, el Tomador del Seguro entregará al Asegurador carta dirigida al Establecimiento Bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- 14.5.** Si por culpa del Tomador, la primera Prima no ha sido pagada, o la Prima única no la ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.
- 14.6.** En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima del período en curso.
- 14.7.** Si el Contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su Prima.
- 14.8.** En cualquier caso, el Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

Siniestros

Artículo 15.º Aviso de Accidente o Enfermedad

Ocurrido un accidente o enfermedad el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días a contar desde la primera cura o atención médica, salvo que se haya fijado en la Póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del hecho por otro medio.

Artículo 16.º Libre elección de los Servicios Médicos

Ocurrido el accidente o iniciada la enfermedad, el Asegurado puede libremente elegir y utilizar los servicios del médico, cirujano, clínica, sanatorio, etc., que considera más oportuno.

Artículo 17.º Tramitación

- 17.1.** Junto con el aviso de accidente o enfermedad, el Asegurado o el Tomador del Seguro enviarán al Asegurador certificado médico que especifique la prognosis y naturaleza de la enfermedad.
- 17.2.** El Asegurado, deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
- 17.3.** **El Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que este considere necesaria, desligando a tal fin de secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.**
- 17.4.** **El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador del Seguro o Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.**

Artículo 18.º Pago de la indemnización

El Asegurador procederá al reembolso de los gastos médicos efectuados por el Asegurado una vez que le hayan sido presentados los documentos acreditativos de los desembolsos realizados.

Artículo 19.º Controversias

- 19.1.** En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad o el importe del reembolso, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a

realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

- 19.2.** En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.
- 19.3.** Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.
- 19.4.** El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- 19.5.** Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

Artículo 20.º Comunicaciones

- 20.1.** Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del Seguro o por el Asegurado, al domicilio del Asegurador, señalado en la Póliza, a sus oficinas delegadas o, en su caso, a través del agente.
- 20.2.** Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos, recogidos en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

- 20.3.** Las comunicaciones hechas por el corredor de seguros al Asegurador, en nombre del Tomador del Seguro o Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizará éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.
- 20.4.** Asimismo las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o Asegurado a un agente del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.
- 20.5.** El pago de Primas que efectúe el Tomador del Seguro a un agente del Asegurador surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

Artículo 21.º Prescripción

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

Solución de conflictos entre las partes

Artículo 22.º Arbitraje

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

Artículo 23.º Competencia de jurisdicción

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

Condiciones especiales para Seguros de Familia (Válidas únicamente si así se indica expresamente en las Condiciones Particulares)

- 1) Siempre que así se haga constar expresamente en las Condiciones Particulares de este Contrato, las garantías del Seguro se extenderán a los familiares dependientes del Asegurado.

Se considerarán familiares dependientes:

a) El cónyuge del Asegurado excepto en los casos de separación judicial o de hecho.

b) Los hijos del Asegurado o su cónyuge, con independencia de su filiación:

- Siempre que tengan al menos catorce días de edad, sean menores de diecinueve años, permanezcan solteros y convivan con el Asegurado en el domicilio de éste y enteramente a expensas del mismo, o
- Mayores de diecinueve años y menores de veintitrés, solteros y económicamente dependientes del Asegurado, siempre que estén matriculados en un centro docente oficialmente reconocido y se dediquen exclusivamente a la realización de estudios de enseñanza media o superior.

En los casos de Seguro de grupo, ninguna de las personas que forme parte integrante del grupo asegurable podrá figurar en esta Póliza simultáneamente con carácter de Asegurado y familiar dependiente.

2) Cuando las garantías del Seguro cubran al Asegurado y a sus familiares dependientes, la suma total que en concepto de franquicia anual haya de resultar a cargo del grupo familiar no podrá exceder del triple de la franquicia por persona y año prevista en las Condiciones Particulares.

3) La cobertura de familiares dependientes sólo será válida para los que, cumpliendo las condiciones del apartado 1) anterior, estén expresamente relacionados en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, el Tomador o el Asegurado deberán notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo familiar.

4) La cobertura de los familiares dependientes del Asegurado cesará automáticamente:

- Al rescindir la Póliza.
- Al terminar la cobertura del Asegurado de que dependen.
- En el momento en que el familiar dependiente deje de cumplir las condiciones establecidas en el apartado 1) anterior.

Condiciones especiales para Seguros de Grupo

(Válidas únicamente si así se indica expresamente en las Condiciones Particulares)

1) Definiciones

1.1. Grupo Asegurable: Es el que reúne a un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al Seguro, pero diferente a éste, que cumple las condiciones legales de asegurabilidad.

A estos efectos constituyen grupos asegurables los que a continuación se indican y cualesquiera otros análogos:

- a) Los integrados por personas dependientes de una sola empresa o conjunto de empresas o vinculados por una misma relación funcional.
- b) Los formados por personas que pertenezcan a agrupaciones, colegios profesionales, comunidades, entidades deportivas o culturales, asociaciones, y poseedores de acciones, de obligaciones, de bonos o participaciones y, en general, cualquier colectivo de personas vinculadas por un interés común.

1.2. Asegurado: Es cada una de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, reúne las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el Seguro.

1.3. Grupo Asegurado: Es el integrado por los miembros del grupo asegurable que adquieren la condición de Asegurados bajo esta Póliza.

1.4. Tomador del Seguro: Es la persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este Contrato y representa al grupo asegurado.

2) Representación del Grupo Asegurado

A falta de poder expreso, se entenderá conferida la representación de los Asegurados al Tomador del Seguro, para todas aquellas cuestiones que se deriven del contenido del Contrato.

Al Tomador del Seguro le corresponden las obligaciones derivadas del Contrato salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados.

Cuando el Seguro se concierte con contribución de los Asegurados en el coste, el Tomador del Seguro se obliga al pago total del recibo sin que pueda oponer al Asegurador excepción alguna por la falta de aquella contribución.

3) Condiciones de adhesión

- 3.1.** No podrán incorporarse al Seguro personas de edad igual o superior a 65 años.
- 3.2.** Se cumplimentará en todos sus extremos el boletín de adhesión y adjunto formulario de declaraciones sanitarias facilitados por el Asegurador.
- 3.3.** Se efectuarán las pruebas médicas que el Asegurador estime precisas a la vista de la información facilitada en los documentos señalados en el número 2) anterior.
- 3.4.** A la vista de la documentación arriba relacionada, el Asegurador fijará las condiciones de inclusión en el Seguro.
- 3.5.** Estas condiciones iniciales de adhesión se mantendrán en los siguientes casos:
 - a) Durante los tres primeros meses de vigencia del Seguro.
 - b) En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.
 - c) Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al grupo asegurable.

4) Alta y bajas

El Tomador del Seguro está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado.

- 4.1.** Las altas se producirán por la inclusión en la relación de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión.

Firme cuando se dispone en el artículo 7.º de las Condiciones Generales sobre los plazos de carencia, las altas tomarán efecto el día primero del mes siguiente a aquel en que se reúnan las condiciones de adhesión.

- 4.2.** Las bajas se originarán por alguna de las siguientes causas:
 - a) Salida del grupo asegurado o del asegurable. En estos casos las coberturas del Seguro cesarán para cada Asegurado el mismo día en que éste deje de pertenecer al grupo asegurado o al asegurable y el Asegurador devolverá al Tomador del Seguro la parte de prima correspondiente al período de Seguro no transcurrido.

- b) Cumplimiento de la edad de salida del Seguro. En estos casos, las garantías del Seguro cesarán para cada asegurado al finalizar la anualidad de Seguro dentro de la cual cumpla la edad de 65 años.

5) Revisión de Primas

Cuando la suma de todos los importes que, por aplicación de las coberturas de esta Póliza, haya pagado el Asegurador en concepto de siniestros en un año de Seguro supere el 75%, o sea inferior al 50%, de las primas netas cobradas ese mismo año, se procederá a la revisión de la prima para anualidades sucesivas con arreglo a las siguientes normas:

La nueva Prima neta será la resultante de multiplicar la de la anualidad vencida por el factor de corrección aplicable en función de la siniestralidad.

Se entiende por:

- Factor de corrección en función de la siniestralidad el que resulte de dividir el importe que, en concepto de siniestros, se estime habrá de pagarse en el año de Seguro siguiente al vencido, entre las primas netas cobradas en la anualidad vencida.
- Siniestralidad estimada para el siguiente año: la resultante de dividir el importe total pagado en concepto de siniestros en la anualidad de Seguro vencida entre 0,75.

6) Certificados individuales de Seguro

A cada Asegurado se le entregará un certificado individual de Seguro en el que se incluirán las condiciones del Seguro contratado.

Cuando el Seguro de grupo sea consecuencia de obligaciones laborales se podrá sustituir el certificado individual por la entrega a la representación del grupo asegurado, de otro ejemplar de la Póliza.

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

www.generali.es

