

GENERALI VIDA FÁCIL

Condiciones Generales
y Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Condiciones Generales y Condiciones Generales Específicas

Índice

Cláusula Informativa	2
Capítulo I. Garantías del Seguro	4
Garantía Principal	4
Garantía Complementaria	4
Capítulo II. Siniestros	8
Capítulo III. Condiciones relativas al Contrato de Seguro	12
Capítulo IV. Riesgos Extraordinarios	18
Anexo I. Servicio de Segunda Opinión Médica en caso de Enfermedad Grave	21
Anexo II. Acceso a Servicios de Bienestar y Salud	25

Cláusula Informativa

La presente Cláusula Informativa tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 96.1 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.

Denominación, forma jurídica y Domicilio Social del Asegurador

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
- Domicilio Social: Pl. de Manuel Gómez-Moreno, 5, 28020 Madrid. C.I.F.: A-28007268. Reg. Merc. de Madrid, Hoja M-54.202.

Órgano Administrativo de Control del Asegurador

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

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

El Asegurador pone a disposición del tomador del seguro, de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos un Servicio de Quejas y Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.general.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
Pl. de Manuel Gómez-Moreno, 5, 28020 Madrid

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

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

Las decisiones del Servicio de Quejas y Reclamaciones tendrán fuerza vinculante para el Asegurador. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Quejas y Reclamaciones del Asegurador, o

cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Paseo de la Castellana, 44

28046- MADRID

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

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

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

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

Conceptos Básicos y Definiciones

- 1. Tomador:** la persona física o jurídica que asume las obligaciones del Contrato -salvo aquéllas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado y que juntamente con la Entidad Aseguradora, suscribe el contrato.
- 2. Entidad Aseguradora:** GENERALI ESPAÑA S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Madrid, Pl. de Manuel Gómez-Moreno, 5, quien asume el riesgo contractualmente pactado.
- 3. Asegurado:** la persona física sobre cuya vida se estipula el Seguro. El Asegurado puede, si así lo desea, asumir los deberes y obligaciones que, en principio, corresponden al Tomador.
- 4. Beneficiario:** cada una de las personas, físicas o jurídicas, que, designadas por el Tomador, son titulares del derecho a percibir la indemnización.
- 5. 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 y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Capítulo I. Garantías del Seguro

Artículo 1º. Resumen de Garantías del Seguro

Se podrán seleccionar las siguientes garantías, con las siguientes limitaciones respecto de su contratación:

GARANTÍA PRINCIPAL	CONTRATACIÓN	ARTÍCULO
Fallecimiento	Obligatoria	4.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA	CONTRATACIÓN	ARTÍCULO
<ul style="list-style-type: none">Anticipo del capital de fallecimiento por Invalidez Absoluta y Permanente.	Opcional Como máximo el 100% del capital	5.º

GARANTÍA ADICIONAL		ARTÍCULO
<ul style="list-style-type: none">Servicio de Segunda Opinión Médica en caso de Enfermedad Grave, Crónica o Degenerativa		Anexo I
<ul style="list-style-type: none">Acceso a Servicios de Bienestar y Salud		Anexo II

Las garantías efectivamente aseguradas deben figurar expresamente como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 2º. Objeto del Seguro

El presente contrato tiene por objeto la cobertura de los riesgos estipulados en las Condiciones Particulares GENERALI ESPAÑA se obliga mediante el cobro de la prima al pago de las prestaciones convenidas para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo se encuentre cubierto por la póliza.

La cobertura de riesgos puede limitarse a la garantía principal o, comprendiendo ésta, extenderse también a las garantías complementarias que se detallan en los artículos 4.º y 5º inclusive, siempre que las mismas hayan sido efectivamente contratadas.

De entre las garantías que se detallan en los artículos 4.º y 5º inclusive, GENERALI ESPAÑA solo cubre aquellas que hayan sido pactadas en las Condiciones Particulares de la Póliza y por las que el Tomador haya pagado efectivamente la correspondiente prima.

Artículo 3º. Cláusula General de Riesgos Excluidos de Cobertura

Sin perjuicio de los siniestros que den lugar a indemnización por parte del Consorcio de Compensación de Seguros, quedan excluidos de cobertura por este contrato de seguro y para todas las garantías contratadas, los siniestros que sean consecuencia de lesiones, enfermedades físicas o psíquicas o defectos físicos o psíquicos o accidentes que tengan un origen anterior a la contratación del seguro, sean conocidos por el Asegurado con anterioridad y no hayan sido declarados al contratar el mismo.

Así mismo con independencia de las garantías contratadas, quedan excluidos de esta cobertura aquellos siniestros producidos y que tengan su origen o sean consecuencia, directa o indirecta, de:

- a) *Participación directa del Asegurado en guerra civil o internacional que se desarrolle en territorio nacional o extranjero, así como las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, así como los riesgos de guerra, invasión, hostilidades u operaciones o conflictos bélicos o armados (con o sin declaración oficial de guerra) y actos de enemigos extranjeros y guerra civil.*
- b) *Accidentes ocurridos en aparatos de navegación aérea o submarina en los que el Asegurado ejerza de piloto o tripulante o en aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros.*

Accidentes sufridos cuando el Asegurado viaje en:

- b.1) *Aeronaves de su propiedad.*
- b.2) *Aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros.*
- b.3) *En cualquier tipo de Aeronaves en calidad de miembro de la tripulación, inclusive los militares en acto de servicio cuando se trate de Aeronaves propiedad del Estado.*
- c) *La práctica como profesional de cualquier actividad deportiva, incluidas sus correspondientes pruebas de entrenamiento.*
- d) *Deportes aéreos en general.*
- e) *Los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante:*
 - *La práctica de esquí de ruta fuera de pistas o instalaciones, esquí acrobático, bobsleigh, alpinismo, escalada, espeleología, inmersión subacuática a más de 20 metros de profundidad, caza mayor fuera del territorio español, polo, rugby, hockey en sus distintas modalidades, puenting, rafting, barranquismo, hidrospeed, lucha en sus distintas clases, boxeo, y artes marciales así como cualquier otro de similar peligrosidad.*
 - *La práctica de cualquier deporte que implique la utilización de vehículos a motor.*
 - *La participación en lidias o tentaderos y encierros de reses bravas.*

- f) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como las derivadas de la participación de éste en actos delictivos, apuestas, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- g) Los siniestros del Asegurado ocasionada violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular, por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o la causada directamente por cualquier enfermedad contagiosa que sea considerada pandemia, solo las que se encuentren en Fase 5 o 6 según la Organización Mundial de la Salud.
- h) Las enfermedades que sobrevengan al Asegurado como consecuencia del consumo de alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicaamente. Los accidentes sufridos por el Asegurado que tengan su origen o que se hayan ocasionado como consecuencia del estado de embriaguez del mismo en el momento del accidente; esto es, cuando su grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa vigente en cuanto a los accidentes de tráfico y seguridad vial, o como consecuencia de los efectos en el Asegurado de drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicaamente.
- i) Accidentes ocurridos siendo conductor el Asegurado y careciendo del permiso legal de conducir correspondiente al vehículo utilizado.
- j) Los derivados de la energía nuclear, así como riesgos nucleares o atómicos, fisión o fusión nuclear, reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva.
- k) Los calificados como extraordinarios según la legislación del Consorcio de Compensación de Seguros, así como los riesgos excluidos y los que den lugar a indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- l) Los siniestros causados intencionadamente por el Asegurado, sin perjuicio de lo indicado en el Artículo 4.2a) y 15.3b).
- m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".
- n) Los siniestros producidos por la llegada del Asegurado a un país en situación de guerra, invasión, insurrección, hostilidades u operaciones o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente, conlleva la exclusión total de todas las coberturas sea cual sea la causa del siniestro.

De igual modo, quedan excluidos de cobertura aquellos siniestros específicamente señalados para cada garantía en los artículos 4.^º y 5^º.

Artículo 4º. Garantía Principal del Seguro. Fallecimiento

4.1. ¿Qué cubre?

- El pago al Beneficiario o beneficiarios designados, del capital fijado en las Condiciones Particulares, al sobrevenir el fallecimiento del Asegurado, si éste ocurre durante la vigencia del Contrato.
- En caso de haberse anticipado una parte de dicho Capital, el pago del Capital por Fallecimiento quedará limitado a la parte no anticipada.

4.2. ¿Qué no cubre?

Queda excluido de esta cobertura, además de todos los siniestros señalados en el artículo 3º el fallecimiento producido por alguna de las siguientes causas:

a) Suicidio del Asegurado durante el primer año de vigencia del Contrato. En el supuesto de rehabilitación o incremento no automático de coberturas, el plazo de un año se computará desde la fecha de efectos de la expresada rehabilitación o incremento, afectando en este último caso al incremento.

Artículo 5º. Garantía Complementaria Anticipo del Capital de Fallecimiento en caso de Invalidez Absoluta y Permanente.

Se entiende por **Invalidez Absoluta y Permanente**, la situación física y/o psíquica irreversible determinante de la ineptitud absoluta y permanente del Asegurado para el ejercicio de cualquier actividad remunerada sea o no la habitual o profesional que éste tuviere, provocada por enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia del contrato, con la total independencia de la voluntad del Asegurado.

5.1. ¿Qué cubre?

- El pago anticipado por el importe indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta Garantía Complementaria, del Capital de Fallecimiento, al Beneficiario o beneficiarios designados, siempre y cuando se haya contratado esta Garantía Complementaria, y cuando el Asegurado resulte afecto de una Invalidez Absoluta y Permanente durante el período de vigencia del seguro.
- El pago anticipado de una parte del Capital de Fallecimiento, por causa de la Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado, supone la reducción proporcional de las prestaciones aseguradas, por la Garantía Principal de Fallecimiento.
- El pago anticipado del total del Capital de Fallecimiento por causa de Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado, producirá la extinción del contrato.

5.2. ¿Qué no cubre?

Quedan excluidos de la cobertura de esta Garantía Complementaria los siniestros indicados en el artículo 3.º

Capítulo II. Siniestros

Artículo 6º. Requisitos necesarios en caso de siniestro

6.1. Garantías de Fallecimiento e Invalididad Absoluta y Permanente.

En caso de ocurrencia del siniestro del Asegurado, la Entidad Aseguradora pagará en su domicilio social, al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y subsiguientes de la Ley de Contrato de Seguro, la prestación contratada.

En caso de Fallecimiento o Invalidiz, a la declaración de siniestro los Beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado de nacimiento o documento acreditativo de la fecha de nacimiento del Asegurado, salvo que ya haya sido aportado.
- b) En caso de fallecimiento los certificados de defunción.
- c) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente o fallecimiento por accidente de circulación.
- d) Informe del médico que lo haya asistido, explicando detalladamente causas y curso de la enfermedad, accidente o lesión que haya provocado la Invalidiz o en su caso, testimonio de las diligencias judiciales.
- e) Certificación médica o cualquier otro documento con expresión del grado de Invalidiz, que afecta al Asegurado.
- f) Si el Beneficiario fuera distinto del Tomador, deberá acreditar su personalidad, y aportar carta de pago o, en su caso declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.
- g) En caso de fallecimiento Carta de pago o declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones, Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador -si existiese- o Acta Judicial o Notarial de Declaración de Herederos abintestato.
- h) La Póliza y el último recibo de prima satisfecho.
- i) En el caso de que el Beneficiario sea una Entidad financiera, se deberá aportar la documentación oficial que certifique el importe de la deuda con dicha entidad en el momento del siniestro.

El eventual estado de Invalidiz, deberá ser valorado y extendida la documentación necesaria en caso de siniestro que se indica en el presente artículo, apartados c), d) y e) anteriores, por facultativos que ejerzan la medicina en

España. Los eventuales gastos de transporte para la verificación de la Incapacidad, serán a cargo del Asegurado.

El Asegurado tendrá, también, que proporcionar cuanta información sobre las causas y consecuencias que determinan la incapacidad, le solicite la Entidad Aseguradora y someterse a todas las averiguaciones de carácter médico-sanitario que la misma juzgue necesarias.

Los Beneficiarios deberán justificar su derecho fehacientemente. Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, en los casos en que fuere preciso.

En el caso de Invalidz Absoluta y Permanente y ultimados los controles médicos, la Entidad Aseguradora comunicará por escrito, al Tomador, si reconoce o no el estado de Invalidz Absoluta y Permanente. La comprobación y determinación de la invalidez se efectuará por la Entidad Aseguradora después de la presentación de la citada documentación.

Si no hubiera acuerdo sobre si la Incapacidad es Permanente y Absoluta, entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado, se someterán a la Pericial Contradicitoria establecida en estas Condiciones Generales.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la incapacidad manifestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Hasta el reconocimiento por la Entidad Aseguradora del estado de Invalidz Absoluta y Permanente, todas las primas e impuestos repercutibles deben ser regularmente satisfechos, de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las Condiciones Generales del Seguro sobre el pago de las primas.

Sin embargo, el reconocimiento de la Invalidz Absoluta y Permanente, si procede, tendrá como efecto el momento de la presentación a la Entidad Aseguradora de la declaración de siniestro por escrito del Asegurado.

Una vez reconocida por la Entidad Aseguradora el derecho a la prestación, el Beneficiario percibirá el importe total de la misma.

Artículo 7º. Obligaciones del Tomador, Asegurado, Beneficiario

Además de lo indicado en el Artículo 6º el Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiarios, una vez ocurrido el siniestro, deben:

a) Deber de declaración:

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario, deben comunicar a la Entidad Aseguradora la ocurrencia del Siniestro dentro del plazo máximo de SIETE DÍAS de haberlo conocido, con los efectos previstos en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

b) Deber de información:

El Tomador ó el Asegurado deberá dar a la Entidad Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del Siniestro.

Artículo 8º. Designación y cambio de Beneficiario

El Tomador del Seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en cuyo caso figurará en las Condiciones Particulares, o en una posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora o bien en testamento.

El cambio del Beneficiario designado deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Si en el momento del fallecimiento o en la fecha de finalización del Contrato no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Artículo 9º. Error en la edad del Asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquélla.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad Aseguradora, se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

Artículo 10º. Pericial contradictoria

- a) Si no hubiera acuerdo sobre si el Siniestro declarado se ajusta a la Garantía contratada; la Entidad Aseguradora y el Asegurado se someterán a la decisión de Peritos Médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita 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 hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito Médico de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.
- b) Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo lo harán constar en acta conjunta en la que se especificarán las causas del Siniestro y si la declaración de Siniestro se ajusta a la Garantía contratada.

- c) Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. De no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la ley de Jurisdicción Voluntaria (art. 80) o en la legislación notarial. En estos casos, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de 30 días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.
- d) En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.
- e) El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitable, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Entidad Aseguradora y ciento ochenta en el del Asegurado, computándose ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- f) Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Entidad Aseguradora.

Artículo 11º. Pago de la Indemnización

En caso de la ocurrencia del riesgo previsto en la Póliza la Entidad Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro la prestación contratada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad Aseguradora deberá pagar o consignar la prestación garantizada y, en todo caso dentro de los CUARENTA DÍAS siguientes a partir de la fecha de recepción del Siniestro, la Entidad Aseguradora deberá pagar el importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por ella conocidas.

Si, en el plazo de TRES MESES desde la producción del siniestro, la Entidad Aseguradora no hubiere satisfecho el importe de la indemnización por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en el interés legal del dinero incrementado en un 50%; se estará en lo demás a la regulación establecida en la Ley (Art. 20 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de contrato de Seguro).

Cuando el Beneficiario cause dolosamente la muerte del Asegurado perderá el derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el Patrimonio del Tomador de acuerdo con lo previsto en el Artículo 92 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro.

Capítulo III. Condiciones relativas al Contrato de Seguro

Artículo 12º. Bases del Contrato

12.1. Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador o del Asegurado previas a la contratación.

El Contrato de Seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión no existía riesgo o había ocurrido el siniestro.

12.1.1. El Tomador y en su caso el Asegurado está obligado a comunicar a la Entidad Aseguradora, todas las circunstancias que, según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del Contrato, 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.

La reticencia e inexactitud de las declaraciones del Tomador que influyan en la estimación del riesgo, producirán los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro sin embargo el Asegurador no podrá impugnar el Contrato, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 88 de la Ley de Contrato de Seguro, transcurrido un año desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término mas breve y salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

12.1.2. El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la recepción de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre éste y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

12.2. Otras obligaciones del Asegurador.

12.2.1. Además de pagar la indemnización, la Entidad Aseguradora deberá entregar al Tomador del Seguro, la Póliza o en su caso, el documento de cobertura provisional que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.

12.2.2. En caso de extravío de la Póliza, la Entidad Aseguradora, a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

Artículo 13º. Efecto y Duración del Contrato

13.1. Efecto del Seguro.

Las garantías del Seguro entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Tomador del Seguro haya satisfecho el recibo de prima, salvo pacto contrario recogido en las Condiciones Particulares.

13.2. Duración del Seguro y Prórroga Táctica.

Duración del contrato

La presente póliza tendrá una duración inicial de un año desde su fecha de efectos. Transcurrido el mismo se prorrogará automáticamente por sucesivos períodos de un año hasta la duración máxima pactada en las Condiciones Particulares. Finalizado dicho plazo, el Contrato de Seguro se extinguirá. En caso de fallecimiento o incapacidad del Asegurado con anterioridad al vencimiento de dicha duración inicial o de una de sus prórrogas, el Contrato quedará extinguido.

Oposición a la prórroga

Sin perjuicio de lo establecido en el punto 1 anterior, el Tomador puede oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita dirigida al Asegurador, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación del periodo de seguro en curso. El asegurador renuncia expresamente al derecho que le confiere el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro a oponerse a la prórroga del contrato tanto al vencimiento de su periodo de duración inicial como al de cualquiera de sus prórrogas.

Modificaciones de la póliza

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.

El plazo de duración de las Garantías Complementarias será el plazo de duración del Seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza y **como máximo al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 67 años de edad.**

Si la Garantía Principal de Fallecimiento fuera tácitamente prorrogada anualmente al finalizar el plazo previsto de duración, las Garantías Complementarias contratadas se entenderán igualmente prorrogadas de forma tácita. Las prórrogas tácitas anuales no podrán exceder la duración máxima del Seguro establecida en las Condiciones Particulares.

El Tomador podrá oponerse a la prórroga tácita de las Garantías Complementarias, mediante notificación escrita a la Entidad Aseguradora, efectuada con un plazo mínimo de un mes de anticipación a la fecha en que finalice la duración prevista del Seguro, en su caso, la prórroga correspondiente del mismo.

La Entidad Aseguradora puede condicionar la continuidad de las Garantías Complementarias a que el Tomador acepte una modificación de la Prima de las garantías, por razón de la agravación de la siniestralidad global, de acuerdo con el correspondiente análisis y Nota Técnica para cada una de las Garantías Complementarias. Para ello, la Entidad Aseguradora deberá dirigir notificación escrita al Tomador con un plazo mínimo

de cuatro meses de antelación a la fecha en que finalice la duración del Seguro, o la prórroga del mismo, en su caso.

El Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de dicha notificación para aceptarla o rechazarla. En caso de aceptación por el Tomador de la modificación de la Prima propuesta, se producirá la reconducción del Contrato con el nuevo precio de las Garantías Complementarias afectadas. En caso de silencio o rechazo del Tomador, la Entidad Aseguradora podrá oponerse a la prórroga anual de las Garantías Complementarias, debiendo notificarlo así al Tomador con un plazo mínimo de dos meses de anticipación a la fecha de vencimiento de las mismas o de su correspondiente prórroga.

El silencio del Tomador, se entenderá como aceptación de la modificación.

La Entidad Aseguradora no puede oponerse a la prórroga tácita de las Garantías Complementarias, excepto en el caso previsto en este Artículo.

No obstante, las **Garantías Complementarias terminan automáticamente** por las siguientes circunstancias:

- a) al concluir, por cualquier motivo la vigencia de la Garantía Principal del Seguro.
- b) al suspenderse el pago de Primas, bien de la Garantía Principal, bien de la Complementaria.

Artículo 14º. Pago de Primas

14.1. Primas.

El precio del Seguro es la Prima, cuyo importe, junto con sus impuestos y recargos, deberá hacerse efectivo en las condiciones estipuladas en el Contrato de Seguro.

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual en los plazos y con los vencimientos y condiciones que se establezcan en las Condiciones Particulares.

En caso de siniestro, la Entidad Aseguradora podrá deducir de la indemnización el importe de las fracciones de prima vencidas y no satisfechas por el Tomador del seguro.

El Contrato devengará una prima periódica anual pagadera en sus respectivos vencimientos, mientras viva el Asegurado o como máximo hasta el vencimiento de la duración máxima estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza. La prima anual inicial a satisfacer por el Tomador será la que figure en dichas Condiciones Particulares.

La prima a satisfacer por el Tomador, se modificará en cada aniversario teniendo en cuenta el capital asegurado resultante de la aplicación de los crecimientos, en la forma y porcentaje indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, así como de la nueva edad alcanzada por el Asegurado.

Una vez transcurrida la primera anualidad del Seguro, podrá modificarse la cuantía de los Capitales y la forma de pago. El Tomador deberá solicitar la modificación a la Entidad Aseguradora, con al menos **dos meses** de antelación a la fecha en que haya de surtir efecto dicha modificación y siempre haciendo coincidir dicha fecha con el aniversario de la Póliza.

A cualquier incremento en la cuantía anual del compromiso de pago de Primas Periódicas, y por el incremento se calculará según la tarifa en vigor a la fecha de efecto del incremento, y supondrá la modificación de los Capitales Asegurados, cuyo importe se fijará en las nuevas Condiciones Particulares de Póliza.

14.2. Obligaciones del pago de la prima.

De conformidad con el artículo 15 de la Ley del contrato de Seguro:

a) Si por culpa del Tomador, la primera prima o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el Contrato no hubiera 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.

b) El pago del importe de las primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Mediador de la Entidad Aseguradora surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza.

c) El pago del importe de las primas efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de la Entidad Aseguradora.

d) 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.

Artículo 15º. Resolución Unilateral del Contrato

El Tomador tiene la facultad de resolver unilateralmente el Contrato de Seguro dentro del plazo de los 15 días siguientes a la fecha en la que la Entidad Aseguradora le entregue la Póliza o documento de cobertura provisional.

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

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la Prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia.

Artículo 16º. Régimen Fiscal

El Tomador queda obligado a soportar cuantos impuestos puedan gravar las primas de este seguro, que le serán repercutibles por el Asegurador en cada recibo de prima. Asimismo, el Asegurador practicará sobre las prestaciones aseguradas las retenciones que procedan de acuerdo con lo establecido en la legislación fiscal vigente en cada momento.

Artículo 17º. Comunicación entre el Tomador y la Entidad Aseguradora

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

17.1. 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 el 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.

Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones.

17.2. 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 16.1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante el 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.

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

17.3. 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 cuando los abra.

Comunicaciones a través de mediadores de seguros

17.4. 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 realizará el propio tomador, salvo indicación en contrario de este.

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 18.º Prescripción

Todas las acciones que se deriven del Contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 19.º Legislación y Jurisdicción Competente

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contra. Será aplicable la legislación española.

Artículo 20.º Ámbito Territorial

Las Garantías del presente contrato de seguro son válidas, salvo pacto o estipulación en contrario, en todo el mundo, siempre que el Asegurado tenga su residencia en España.

Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España, y en moneda española.

Cláusula de Exclusión y Limitación de Sanciones: El Asegurador quedará liberado de cualquier responsabilidad y/u obligación por daños, siniestros, costes o gastos

relacionados con este contrato de seguro, cuando la provisión de estas prestaciones exponga al Asegurador a cualquier tipo de sanción, prohibición o restricción basada en resoluciones de las Naciones Unidas o regulaciones, leyes, sanciones económicas o de comercio impuestas por la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos.

Capítulo IV. Riesgos Extraordinarios

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

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

2. Riesgos excluidos

- a) *Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.*
- b) *Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.*
- c) *Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.*
- d) *Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.*
- e) *Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.*
- f) *Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.*
- g) *Los causados por mala fe del asegurado.*
- h) *Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.*
- i) *Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».*

3. Extensión de la cobertura

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

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Servicio de Segunda Opinión Médica en caso de Enfermedad Grave

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

Son de aplicación si se recoge específicamente esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo Preliminar. Objeto del Seguro

Por la presente Garantía Adicional de Servicio de Segunda Opinión en caso de Enfermedad Grave del Asegurado, la Compañía garantiza la prestación de los Servicios de **Consulta Médica y Trámite Médico** en caso de diagnóstico de enfermedad grave dentro del plazo de vigencia del Contrato de Seguro.

Artículo 1º. Definición de Garantías

1.1. Consulta Médica. Este servicio permite acceder al asesoramiento médico de primer orden a nivel mundial en la enfermedad grave diagnosticada al Asegurado de la Póliza. Generali pone a su disposición una segunda opinión médica para asegurarse de la mejor opción de tratamiento médico posible de la enfermedad grave diagnosticada sin necesidad de desplazarse, permitiendo el acceso a los más prestigiosos especialistas médicos de ámbito internacional.

1.2. Trámite Médico. Este servicio consiste en cumplir con los requerimientos de coordinación, administración y apoyo al paciente cuando éste tenga que trasladarse al extranjero. Generali pone a su disposición los siguientes servicios:

- Identificar los centros médicos apropiados
- Concertar citas médicas con los especialistas seleccionados
- Gestionar la pre-admisión
- Obtener presupuestos y costes estimados de hospitalización y honorarios médicos que correspondan a las atenciones médicas a recibir por el Asegurado en el extranjero.
- Proveer recepción en el aeropuerto y transporte para el paciente y su familia.
- Concertar el hospedaje para los familiares

- Coordinar el transporte en ambulancia, si fuera necesario
- Presentar e introducir al Asegurado en el hospital donde vaya a efectuar el ingreso.
- Revisar, controlar y analizar las correspondientes facturas a lo largo del tratamiento.
- Auditarse completamente todas las partidas reflejadas en las correspondientes facturas y cargos relacionados con las atenciones médicas recibidas por el Asegurado.

Artículo 2º. Definición de Enfermedad Grave

A efectos de la presente garantía se consideran Enfermedades Graves aquellas que supongan un peligro para la vida del Asegurado o que disminuyan notoriamente su calidad de vida.

A nivel enunciativo, pero no delimitativo, se consideran enfermedades graves las siguientes:

- Cáncer
- Enfermedades cardiovasculares
- Trasplante de órganos
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad idiopática de Párkinson (parálisis agitans)
- Enfermedad de Alzheimer
- Esclerosis múltiple
- Parálisis completa en dos o más extremidades
- Grandes quemaduras
- Pérdida de la visión completa, permanente e irrecuperable en ambos ojos
- Pérdida del habla completa e irrecuperable
- Pérdida total e irrecuperable del uso de las dos manos, dos pies, una mano y un pie, una mano y la visión de un ojo, un pie y la visión de un ojo, o la pérdida de visión de los dos ojos.

Artículo 3º. Duración. Prórroga tácita

3.1. El plazo de duración de la Garantía Adicional será el plazo de duración del Seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3.2. Si la Garantía Principal fuera tácitamente prorrogada anualmente al finalizar el plazo previsto de duración, la Garantía Adicional se entenderá igualmente prorrogada de forma tácita. Las prórrogas tácitas anuales no podrán exceder la duración máxima del Seguro establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- 3.3.** No obstante, el Tomador podrá oponerse a la prórroga tácita de la garantía adicional mediante notificación escrita a la Compañía, efectuada con un plazo mínimo de un mes de anticipación a la fecha en que finalice la duración prevista del Contrato, o en su caso, la prórroga correspondiente del mismo. La renuncia a la renovación de esta Garantía Adicional no afectará al resto de Condiciones Particulares previstas en la Póliza que continuarán según lo previsto en las mismas
- 3.4.** No obstante, la Garantía Adicional termina automáticamente por las siguientes circunstancias:
- 3.4.1. Al concluir, por cualquier motivo, la vigencia del Contrato.
- 3.4.2. Al suspenderse el pago de Primas de la Garantía Principal.
- 3.4.3. Al aniversario de emisión de la Póliza que sigue al 75 cumpleaños del Asegurado.

Artículo 4º. Requisitos para la prestación del Servicio

4.1. Servicio de Consulta Médica: El Asegurado o alguna persona allegada al mismo deberá solicitar a la Compañía la prestación del Servicio de Segunda Opinión Médica de Enfermedad Grave mediante llamada telefónica indicando, en caso de no ser el mismo Asegurado, nombre y apellidos, DNI y su relación de parentesco o de otra índole que tenga con el Asegurado.

Asimismo deberá aportar la documentación necesaria para la prestación del servicio.

4.2. Servicio de Trámite Médico: El Asegurado, o alguna persona allegada al mismo, deberá solicitar a la Compañía la prestación del Servicio indicando, en caso de no ser el mismo Asegurado, nombre y apellidos, DNI y su relación de parentesco o de otra índole que tenga con el Asegurado.

Asimismo deberá aportar la documentación necesaria para la prestación del servicio.

Artículo 5º. Riesgos excluidos

Se excluye de la cobertura de los Servicios de Consulta Médica y Trámite Médico:

a) **Toda Enfermedad Grave que haya sido diagnosticada o por la que el Asegurado haya recibido tratamiento o intervención quirúrgica antes de la fecha de efecto del Seguro. Las patologías oncológicas en las que hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior no serán excluidas.**

- b) *Toda Enfermedad Grave padecida por el Asegurado debida directa o indirectamente a drogadicción, alcoholismo o tentativa de suicidio.*
- c) *Toda Enfermedad Grave no incluida en el Artículo 2º de estas Condiciones Generales Específicas y que no suponga un peligro para la vida del Asegurado o que disminuya notoriamente su calidad de vida.*

Acceso a Servicios de Bienestar y Salud

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

Son de aplicación si se recoge específicamente esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo Preliminar. Objeto del Seguro

Por la presente Garantía Adicional de Acceso a Servicios de Bienestar y Salud, la Compañía garantiza el acceso a precios baremados previamente definidos por el Asegurador a un conjunto de servicios en el ámbito del médico y del bienestar dentro del plazo de vigencia del Contrato de Seguro.

Artículo 1º. Definición de Garantías

Este servicio permite la utilización por parte del Asegurado de una red de profesionales y/o centros de Bienestar y Salud a nivel nacional, a un precio previamente concertado por el Asegurador.

Los servicios utilizados serán abonados por el Asegurado, previa aceptación del presupuesto. Algunas de las especialidades contempladas en este servicio son:

- Psicología
- Logopedia
- Acupuntura
- Medicina Predictiva
- Fisioterapia y Osteopatía
- Podología
- Óptica y Audiología
- Cirugía Ocular
- Dietética y Nutrición
- Spas & Gimnasios
- Medicina Estética

Artículo 2º. Duración. Prórroga tácita

- 2.1.** El plazo de duración de la Garantía Adicional será el plazo de duración del Seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 2.2.** Si la Garantía Principal fuera tácitamente prorrogada anualmente al finalizar el plazo previsto de duración, la Garantía Adicional se entenderá igualmente prorrogada de forma tácita. Las prórrogas tácitas anuales no podrán exceder la duración máxima del Seguro establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 2.3.** No obstante, el Tomador podrá oponerse a la prórroga tácita de la garantía adicional mediante notificación escrita a la Compañía, efectuada con un plazo mínimo de un mes de anticipación a la fecha en que finalice la duración prevista del Contrato, o en su caso, la prórroga correspondiente del mismo. La renuncia a la renovación de esta Garantía Adicional no afectará al resto de Condiciones Particulares previstas en la Póliza que continuarán según lo previsto en las mismas
- 2.4.** No obstante, la Garantía Adicional termina automáticamente por las siguientes circunstancias:
 - 2.4.1.** Al concluir, por cualquier motivo, la vigencia del Contrato.
 - 2.4.2.** Al suspenderse el pago de Primas de la Garantía Principal.
 - 2.4.3.** Al aniversario de emisión de la Póliza que sigue al 80 cumpleaños del Asegurado

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

www.generali.es

GENERALI España S.A. de Seguros y Reaseguros. Dom. Soc.: Pl. de Manuel Gómez-Moreno, 5, 28020 Madrid.

C.I.F.: A-28007268. Reg. Merc. de Madrid, Hoja M-54.202. generali.es

generali.es

