

GENERALI SALUD OPCIÓN PREMIUM

Condiciones Generales y

Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Índice

Cláusula Informativa	2
Artículo 1º. Personas que intervienen en el contrato	3
Artículo 2º. Documentación del contrato	3
Artículo 3º. Regulación fundamental del contrato	4
Artículo 4º. Definiciones	4
Artículo 5º. Perfeccionamiento, comienzo, duración del contrato y pago de primas	5
Artículo 6º. Toma de efecto de los servicios contratados. Plazos de carencia	6
Artículo 7º. Bases del contrato. Declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado	7
Artículo 8º. Comunicaciones entre las partes que intervienen en el contrato	8
Artículo 9º. Objeto del Seguro	10
Artículo 10º. Descripción de los servicios y garantías	10
Artículo 11º. Tramitación del Siniestro	35
Artículo 12º. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado	39
Artículo 13º. Riesgos no cubiertos por póliza	39
Artículo 14º. Indisputabilidad	40
Artículo 15º. Legislación aplicable y jurisdicción competente	41

Cláusula Informativa

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

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora

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

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

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora

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

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

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

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

Servicio de Quejas y Reclamaciones
Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros
Calle Orense, nº 2
28020 Madrid

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

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

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

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

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

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

Artículo 1º. Personas que intervienen en el contrato

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

Artículo 2º. Documentación del contrato

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

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

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

Artículo 3º. Regulación fundamental del contrato

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

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

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

Artículo 4º. Definiciones

A efectos de este contrato se entenderá por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este Seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el Tomador o, en su caso, por el Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos

y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se regirán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

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

8.2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones

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

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

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

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

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

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

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

8.4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros

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

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

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

Artículo 9º. Objeto del Seguro

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

Artículo 10º. Descripción de los servicios y garantías

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

Asistencia Médica Concertada

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

Reembolso de Honorarios Médicos en España

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

Asistencia Complementaria familiar

6. Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

7. Asistencia Dental

La extensión de las garantías antes indicadas es la siguiente:

Asistencia Médica Concertada

10.1. Asistencia Primaria

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

10.2. Especialidades Médicas y Quirúrgicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.3. Asistencia en Viaje

Las coberturas comprendidas en la presente garantía tienen validez:

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

Descripción de las coberturas

Gastos médicos fuera de País de Residencia

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje fuera de su país de residencia, **EUROP ASSISTANCE** garantiza durante la vigencia del Contrato y **hasta un límite 35.000 €** por período contratado y a cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano, durante la primera asistencia médica prestada. Se excluye de esta cobertura el pago sucesivo de aquellos medicamentos o gastos farmacéuticos que se deriven de la prolongación en el tiempo del tratamiento inicialmente prescrito, así como los relacionados con cualquier proceso que adquiera un carácter crónico.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

Las cantidades garantizadas para los distintos ámbitos no son adicionales.

En caso de que **EUROP ASSISTANCE** no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad sobrevenida.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por EUROP ASSISTANCE a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.

Gastos Odontológicos

En aplicación de las garantías "Gastos médicos fuera de País de Origen/Residencia/Contratación" y "Gastos médicos en país de origen/residencia/contratación/" y dentro del límite especificado en la misma, quedan cubiertos los gastos odontológicos, considerados de urgencia, excluidos la

endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, prótesis, fundas e implantes, **hasta un límite de 2.000 euros.**

Gastos Médicos en País de Residencia

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje por su país de residencia, EUROP ASSISTANCE garantiza durante la vigencia del Contrato y hasta un límite de 2.000 euros por período contratado y a cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano, durante la primera asistencia médica prestada. Se excluye de esta cobertura el pago sucesivo de aquellos medicamentos o gastos farmacéuticos que se deriven de la prolongación en el tiempo del tratamiento inicialmente prescrito, así como los relacionados con cualquier proceso que adquiera un carácter crónico.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

Las cantidades garantizadas en el extranjero y en país de residencia no son adicionales.

En caso de que EUROP ASSISTANCE no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad sobrevenida.

Los asegurados cuando viajen a su país de pasaporte vigente recibirán en éste las mismas garantías descritas en la póliza para un viaje por su país de residencia.

Queda excluido el pago de los gastos médicos en su país de residencia en aquellos casos en los que el Asegurado sea beneficiario de la Seguridad Social. Se exceptúan aquellos casos en los que por razones de urgencia el Asegurado tenga que ser trasladado a un Hospital que no pertenezca a la Seguridad Social.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por EUROP ASSISTANCE a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.

Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad sobrevenida o accidente imposibilite al Asegurado continuar el viaje, y no fuera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, EUROP ASSISTANCE abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, hasta un límite de 200 euros / día, durante un máximo de 10 días.

Traslado sanitario de enfermos y heridos

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado, durante la vigencia del contrato y como consecuencia de un desplazamiento del lugar en que radica su domicilio habitual, y siempre que le imposibilite continuar el viaje, EUROP ASSISTANCE, tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado.

Cuando el servicio médico de EUROP ASSISTANCE autorice el traslado del Asegurado a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su Domicilio Habitual o a su Domicilio Habitual, EUROP ASSISTANCE efectuará dicho traslado según la gravedad del mismo, mediante:

- Avión sanitario especial.
- Tren primera clase.
- Helicóptero sanitario.

- Ambulancia.
- Avión de línea regular.

El avión sanitario especial, solo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo.

Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico de EUROP ASSISTANCE, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.

A efectos de repatriación, será considerado Domicilio Habitual el que figure en la contratación de la póliza.

Traslado de restos mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento cubierto en el presente contrato, EUROP ASSISTANCE organizará y tomará a su cargo el traslado de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación o incineración en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.

Si los herederos, beneficiarios del Asegurado o personas con capacidad legal para decidir hubiesen optado por la incineración de los restos mortales de este, EUROP ASSISTANCE tomará a su cargo el coste de la misma y organizará el posterior traslado de la urna con las cenizas asumiendo su coste. Si el traslado de la urna requiriera, por motivos legales u organizativos, la presencia de un acompañante, EUROP ASSISTANCE organizará y tomará a su cargo el traslado ida y vuelta mediante avión línea regular (clase turista), tren (primera clase) y/o cualquier otro medio de transporte adecuado para una persona designada por los beneficiarios o familiares.

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado.

A estos efectos, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación de la póliza.

Regreso de los asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por enfermedad sobrevenida o accidente en aplicación de la garantía "Traslado sanitario de enfermos y heridos", o bien por fallecimiento, y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, incluyendo los casos en que no hubieran podido regresar por tener que realizar los trámites derivados de dicha circunstancia, EUROP ASSISTANCE se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su domicilio habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista), tren (primera clase) y/o en cualquier otro medio de transporte adecuado.

Reincorporación al plan de viaje

En caso de que el Asegurado haya tenido que permanecer inmovilizado a causa de enfermedad o accidente, en aplicación de alguna de las garantías del presente contrato, y por esta circunstancia no hubiera podido continuar con el viaje inicialmente programado, EUROP ASSISTANCE, previa autorización de su equipo médico y a solicitud del Asegurado, una vez se haya recuperado, organizará y tomará a su cargo el traslado del Asegurado, así como de la persona también asegurada que le hubiese acompañado, a fin de que puedan reincorporarse al viaje, si éste aún no hubiese finalizado.

También será de aplicación la reincorporación del acompañante asegurado cuando se hubiera desplazado acompañando al Asegurado trasladado en aplicación de la garantía "Traslado sanitario de enfermos y heridos" y quisiera reincorporarse al plan de viaje inicialmente programado.

Envío de medicamentos al extranjero

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento cuyo principio activo no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, EUROP ASSISTANCE se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local.

El Asegurado tendrá que reembolsar a EUROP ASSISTANCE, a la presentación de la factura, el precio del medicamento.

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España y aquellos para los que exista un medicamento con el mismo principio activo en el país donde se encuentra el Asegurado.

Desplazamiento de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, EUROP ASSISTANCE pondrá a disposición de un acompañante desde el país del Domicilio Habitual del Asegurado un billete ida y vuelta de avión línea regular (clase turista), tren (primera clase) y/o cualquier otro medio de transporte adecuado.

Gastos de estancia de una persona para acompañar al asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, EUROP ASSISTANCE, abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas originales correspondientes, hasta un límite de 200 euros /día y hasta un máximo de 10 días.

Regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar

Si con posterioridad al inicio del desplazamiento cubierto por el presente seguro se produjera el fallecimiento en el país del Domicilio Habitual del Asegurado de un Familiar Directo Cubierto suyo, EUROP ASSISTANCE, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo y para asistir al sepelio, (en el periodo máximo de 7 días desde el fallecimiento) un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista), tren (primera clase) y/o cualquier otro medio de transporte adecuado hasta el lugar de inhumación en el país del Domicilio Habitual del Asegurado.

Acompañamiento de menores o personas dependientes

Si los Asegurados que viajen con personas dependientes o menores de 14 años, también Asegurados, se encuentran en la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente cubiertos por el presente contrato, EUROP ASSISTANCE organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, (en tren primera clase, avión línea regular clase turista y/o cualquier otro medio de transporte adecuado) de una persona residente en el país del Domicilio Habitual del Asegurado designada por éste o por su familia, o de una persona designada por EUROP ASSISTANCE, al objeto de acompañar a los menores o personas dependientes en su regreso a su Domicilio Habitual, y en el menor tiempo posible.

Acompañamiento de restos mortales

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado, fallecido en un viaje cubierto por el presente contrato, EUROP ASSISTANCE facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase), avión clase turista y/o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

Regreso del Asegurado en caso de hospitalización de un familiar

Si con posterioridad al inicio del desplazamiento cubierto por el presente seguro se produjera la hospitalización, en el país del Domicilio Habitual del Asegurado, por accidente o enfermedad grave de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado, y siempre que esta se prevea superior a 5 días, EUROP ASSISTANCE, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo para su regreso, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista), tren (primera clase) y/o cualquier otro medio de transporte adecuado hasta el lugar de hospitalización.

Prolongación de estancia en hotel de acompañante por hospitalización del Asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico de EUROP ASSISTANCE, ésta abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante, también asegurado, hasta un límite de 60 euros por día y un máximo de 10 días.

Orientación y Asesoramiento Social Telefónicos

EUROP ASSISTANCE proporcionará apoyo con posible derivación a Servicios Sociales Municipales para prevenir situaciones de riesgo y maltrato.

Se orientará y asesorará respecto a:

- Recursos sociales y asistenciales del Municipio y de la Comunidad de carácter general y específicos.
- Tutela del Mayor.
- Teleasistencia, Ayuda domiciliaria, Centros de día, Residencias, Ayudas Técnicas.
- Incapacitación.
- Situaciones de riesgo social y familiar.
- Localización de recursos.
- Dependencia y trastornos degenerativos: Recursos sociales y sanitarios, Voluntariado, Asociaciones.

Este servicio se prestará a petición del Beneficiario y en horario de 9:00 a 19:00 de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). (Horario peninsular de España).

Búsqueda y localización de equipajes

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, EUROP ASSISTANCE le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, EUROP ASSISTANCE lo expedirá hasta el Domicilio Habitual del Asegurado, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

Pago de los gastos de asistencia jurídica efectuados en el extranjero

En aplicación de la prestación “Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero”, EUROP ASSISTANCE abonará hasta un límite de 600 euros para el pago en el extranjero de los honorarios de abogado y procurador surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada de un accidente de circulación.

Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo rigiendo las mismas condiciones que en la prestación “Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero”.

Transmisión de mensajes urgentes (derivados de las garantías)

EUROP ASSISTANCE a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

Envío de objetos personales

EUROP ASSISTANCE organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende igualmente al envío a domicilio de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

EUROP ASSISTANCE únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

Adelanto de Fondos

EUROP ASSISTANCE adelantará al asegurado, en caso de necesidad, hasta un límite de 5.000 euros.

EUROP ASSISTANCE solicitará del asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure del cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a EUROP ASSISTANCE en el plazo máximo de 30 días.

Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido en el extranjero, EUROP ASSISTANCE le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades correspondientes, hasta un límite de 12.000 euros.

EUROP ASSISTANCE se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

En cualquier caso, las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a EUROP ASSISTANCE en el plazo máximo de 30 días.

Servicio telefónico de intérprete en el extranjero

EUROP ASSISTANCE pondrá a disposición del asegurado un servicio de traducción telefónica en los principales idiomas (inglés, francés y alemán) y facilidades para contactar con intérpretes.

Información trámites cancelación de tarjetas

A demanda del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le informará, de los trámites necesarios para la cancelación de tarjetas bancarias y no bancarias, emitidas por terceras entidades en España, como consecuencia de robo, hurto o extravío de las mismas.

Adelanto de pago a hospitales y/ o trámites admisión

El Asegurado recibirá ayuda en la gestión, e incluso un adelanto de hasta 6.000 euros, para los pagos a servicios médicos que exijan garantía y/o adelanto de pago.

EUROP ASSISTANCE se reserva el derecho a solicitar del asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure del cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas en el plazo máximo de 30 días.

Gestión del final de la vida digital

Objeto del servicio

Esta prestación permite a los herederos legales del Asegurado fallecido solicitar a EUROP ASSISTANCE que realice las acciones necesarias con el fin de eliminar la presencia de éste en:

- Redes sociales.
- Redes profesionales.
- Blogs.
- Cuentas de correo electrónico.

También se ofrecerá la ayuda y asesoramiento para cumplimentar el formulario de Google para la “Solicitud de retirada de resultados de búsqueda en virtud de la normativa de protección de datos europea”.

Exención de responsabilidad

EUROP ASSISTANCE declina cualquier responsabilidad sobre el tipo de información almacenada o recuperada así como de la pérdida de información por causas ajenas al control del EUROP ASSISTANCE.

Se excluye la prestación del servicio en caso de conflicto entre los herederos legales del Asegurado.

Búsqueda y rescate del Asegurado

En caso de accidente, pérdida o extravío del Asegurado ocurrido durante un viaje organizado, EUROP ASSISTANCE reembolsará hasta un límite de 1.500 euros, por los gastos ocasionados por las operaciones de búsqueda y/o salvamento, previa justificación mediante facturas originales.

Queda excluido el rescate en montaña, mar o desierto.

Pérdida, daños y robo de equipaje facturado

Si en el transcurso de un viaje el equipaje facturado se pierde definitivamente o sufre un grave deterioro, ya sea por causa imputable a la Empresa transportista o por robo, EUROP ASSISTANCE garantiza el pago como indemnización hasta un límite máximo de 1.000 euros.

Para poder acceder a la indemnización deberá acreditarse la pérdida o el daño producido mediante el justificante original facilitado por la Empresa Transportista.

En caso de robo de equipaje, será indispensable la presentación de la correspondiente denuncia formulada ante la autoridad local competente en el lugar de los hechos.

En todos los casos será necesaria la relación detallada y valorada de los objetos robados, perdidos o dañados, así como la tarjeta de embarque original.

No se indemnizarán de forma independiente las partes integrantes o accesorios de un objeto.

Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, equipos electrónicos y digitales, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos o tiendas de campaña, así como cualquier tipo de equipaje que no haya sido facturado.

Demora del equipaje

Si la demora en la entrega del equipaje facturado, por causa del transportista, es superior a 12 horas o transcurre una noche por medio, se reembolsarán los gastos originados por la compra de artículos de uso personal necesarios mientras no se recupera el equipaje (debiendo presentarse las facturas originales correspondientes, la tarjeta de embarque original, así como el justificante original de la demora expedido por la compañía transportista), hasta un límite de 300 euros.

Esta indemnización será deducible de la que corresponda al amparo de la prestación “Pérdida, daños y robo de equipaje” de llegar a producirse la pérdida definitiva.

No habrá lugar a esta garantía, si la demora o las compras de artículos de uso personal necesarios se producen en la provincia en la que el Asegurado tiene su domicilio habitual.

Reembolso de gastos por demora de viaje

Se garantiza el reembolso de los gastos reales y necesarios efectuados en el lugar donde se ha producido la demora, que se produzcan por demora en transportes públicos sujetos a horarios establecidos, superior a 6 horas en el inicio del viaje, previa presentación de las facturas originales correspondientes y del justificante original de la demora, expedido por la compañía transportista y hasta un límite de 300 euros.

Quedan excluidas de esta prestación las indemnizaciones por demoras producidas en vuelos no regulares.

Anulación de viaje ya iniciado (Interrupción de vacaciones)

En caso de interrupción de vacaciones por una de las causas justificadas indicadas a continuación:

- Fallecimiento del Asegurado.
- Accidente corporal o enfermedad grave que impliquen hospitalización como mínimo de una noche y que médicamente imposibiliten continuar el viaje.
- Hospitalización o fallecimiento de un Familiar Directo Cubierto.
- Daños graves ocasionados por incendio, explosión, robo o por la fuerza de la naturaleza, en su residencia principal o secundaria, o en sus locales profesionales si el asegurado ejerce una profesión liberal o dirige una empresa y fuese necesaria imperativamente su presencia.
- Despido laboral no disciplinario del Asegurado o traslado forzoso de trabajo que conlleve el cambio de domicilio.
- Incorporación a un trabajo en una nueva empresa, en la que no haya estado contratado en los seis meses anteriores. Los múltiples contratos realizados por empresas de trabajo temporal (ETT) para realizar labores en otras empresas se tendrán en consideración como contratos para las empresas en las que el trabajador desarrolle su actividad.
- Convocatoria como parte, testigo de un tribunal o miembro de un jurado.

Las causas que son motivo de aplicación de la presente garantía tienen que haberse producido con posterioridad al inicio del desplazamiento cubierto por el presente seguro.

EUROP ASSISTANCE reembolsará los gastos correspondientes a los días no disfrutados del Domicilio Temporal y hasta un límite de 60 euros por día no disfrutado y con un máximo de 600 euros para el conjunto de Asegurados. El Asegurado deberá presentar el documento acreditativo de la contratación del alojamiento para poder acreditar dicho reembolso.

Seguro de Responsabilidad Civil privada

El Asegurador toma a su cargo, hasta la suma de 30.000 euros, las indemnizaciones pecuniarias, que con arreglo a los artículos 1.902 a 1.910 del Código Civil, o disposiciones similares previstas por las legislaciones extranjeras, viniera obligado a satisfacer el Asegurado, en su condición de persona privada, como civilmente responsable de daños corporales o materiales causados involuntariamente durante el viaje a terceros en sus personas, animales o cosas.

No tienen la consideración de terceros el Tomador del seguro, el resto de los Asegurados por esta póliza, sus cónyuges, pareja de hecho inscrita como tal en un Registro de carácter oficial, local, autonómico o nacional, ascendientes y descendientes o cualquier otro familiar que conviva con cualquiera de ambos, así como sus socios, asalariados y cualquier otra persona que de hecho o de derecho dependan del Tomador o del Asegurado, mientras actúen en el ámbito de dicha dependencia.

En este límite quedan comprendidos el pago de costas y gastos judiciales, así como la constitución de las fianzas judiciales exigidas al Asegurado.

EXCLUSIONES

No están cubiertas por esta garantía:

- a) Cualquier tipo de Responsabilidad que corresponda al Asegurado por la conducción de vehículos a motor, aeronaves y embarcaciones, así como por el uso de armas de fuego.*
- b) La Responsabilidad Civil derivada de toda actividad profesional, sindical, política o asociativa.*
- c) Las multas o sanciones impuestas por Tribunales o autoridades de toda clase.*
- d) La responsabilidad derivada de la práctica de actividades deportivas peligrosas o de alto riesgo.*
- e) Los daños a los objetos confiados, por cualquier título, al Asegurado*

Pérdida de conexión de vuelo

Cuando se produzca una pérdida en la conexión de los vuelos previstos que suponga más de 6 horas de espera, por causas ajenas al Asegurado e imputables a las compañías aéreas, previa presentación del justificante original emitido por la compañía transportista, se reembolsarán los gastos reales y necesarios efectuados en el lugar donde se ha producido la pérdida de conexión, previa presentación de las facturas originales correspondientes y hasta un límite de 300 euros.

Quedan excluidas de esta prestación las indemnizaciones por demoras producidas en vuelos no regulares.

Servicio de Información

EUROP ASSISTANCE dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información de carácter nacional y en la medida de lo posible internacional sobre:

Información Salud

EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
 - Centros hospitalarios y extra hospitalarios nacionales, Colegios profesionales, Asociaciones y fundaciones nacionales:
 - Organismos sanitarios públicos.
 - Instituciones Académicas sanitarias nacionales tales como Facultades, Reales Academias, Escuelas.
 - Farmacias incluyendo farmacias de guardia.
 - Centros de vacunación: dentro del territorio nacional autorizados por la OMS.
 - Aseguradoras médicas.
 - Organismos sanitarios internacionales ubicados en territorio nacional.
2. Direcciones y teléfonos de:
 - Requisitos sanitarios de entrada según país de destino, a personas de nacionalidad española.

Información de Ocio

EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
 - Cines y teatros nacionales Galerías de arte, Museos y Monumentos (nacionales e internacionales).

- Parques temáticos (nacionales e internacionales).
- Centros de ocio, casinos (nacionales e internacionales), bingos.
- Restaurantes (nacionales e internacionales) por nombre, categoría y/o, tipo de comida.
- Bares cafeterías, terrazas, discotecas.
- Telecomida.
- Establecimientos de especialidades gastronómicas: Pastelerías, Heladerías, Cocina monacal, especialidades gastronómicas por regiones.

2. Festivales y Fiestas populares: información.

Información Útil Diversa

EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:

- Bancos y Cajas españolas y extranjeras en España, Bancos y Cajas españolas en el extranjero.
- Aseguradoras.
- ONG.
- Compañías de suministros: gas, electricidad, teléfono, agua, TV.
- Organismos Oficiales Españoles: Ministerios, Registros oficiales, Comisarías de policía, Organismos del consumidor, Juzgados, Notarios, Ayuntamientos, Correos.
- Centros de enseñanza nacionales tales como Academias, Universidades, Institutos, Colegios, Escuelas.
- Servicios oficiales de línea blanca (electrodomésticos de cocina) así como línea marrón (electrodomésticos de salón, audio o imagen).
- Grandes almacenes, Supermercados, Hipermercados, Centros comerciales, Tiendas.
- Teléfonos de entidades nacionales de anulación tarjetas.

2. Horarios habituales de comercios y bancos en España y en el extranjero.

3. Fechas y ubicación de ferias y congresos de España.

4. Códigos postales.

Información Deportes

1. Direcciones y teléfonos de:

- Estadios y Polideportivos.
- Asociaciones y Federaciones.
- Clubes y Centros deportivos (nacionales e internacionales).
- Estaciones de Esquí.
- Campos de Golf (nacionales e internacionales).

2. Información sobre rutas especiales de montaña, bicicleta, a caballo, o concentraciones deportivas de montaña, bicicleta.

3. Información sobre sitios donde practicar deportes de aventura como buceo, rafting, windsurf, parapente, ala delta.

Información: Viajes, Desplazamientos y Turismo

EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
 - Instituciones y Entidades de turismo: Ministerios, Cámaras, Diputaciones, Oficinas de turismo (extranjeras en España y Españolas), Embajadas y Consulados (extranjeros en España y españoles en el extranjero).
 - Hoteles y alojamientos en España e internacionales: Hoteles, Hoteles rurales, Paradores, Albergues, Alojamientos monacales, Camping, Balnearios: se facilitarán también categorías de establecimientos hoteleros.
 - Compañías aéreas regulares y aeropuertos internacionales.
 - Compañías marítimas españolas y trayectos en barco (España).
 - Compañías de alquiler de coches (nacionales e internacionales).
 - Estaciones de Autobuses y compañías en España.
 - Estaciones de tren en España.
2. Trámites Administrativos relacionados: de policía, de entrada por países: información relativa a trámites administrativos exigidos por las autoridades para ciudadanos de nacionalidad española que viajen al extranjero.
3. Información genérica de países: situación geográfica, moneda, idioma, superficie, población, fiestas locales, religión, horarios de bancos y comercios.
4. Medios de transporte desde el aeropuerto hasta centro ciudad (internacional).

Información relacionada con el automóvil

EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
 - Talleres y concesionarios oficiales, así como servicios abiertos 24 horas.
 - Estaciones de servicio. Compañías Aseguradoras.
 - Centros de ITV.
 - Jefaturas Provinciales de Tráfico.
 - Autopistas de peaje (nacional).

Personal sanitario a domicilio

A petición del Asegurado, EUROP ASSISTANCE ofrece el servicio de envío de profesionales sanitarios (ATS, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas) que proporcionen los cuidados y tratamientos especiales que el Asegurado requiera, orientados a atender y cuidar al Asegurado según su problemática y su nivel de dependencia o enfermedad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y evitar el desplazamiento.

Para la correcta prestación de este servicio, se solicitará siempre el informe médico que prescribe el tratamiento determinado.

Los servicios prestados son:

- Administración de medicación especial.
- Vigilancia de las constantes vitales.
- Curas.
- Rehabilitación de miembros inferiores y superiores.
- Rehabilitación del habla y del lenguaje.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Servicio de acompañamiento

A petición del Asegurado, EUROP ASSISTANCE ofrece un servicio de acompañamiento para los casos en que no exista una discapacidad o alteraciones psicofísicas que requieran de personal especializado y quisieran compañía para salidas, desplazamientos, consultas en hospital, compras o bien en el propio domicilio.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Servicios especiales

A petición del Asegurado, EUROP ASSISTANCE gestionará la búsqueda y el envío a su domicilio de un profesional del servicio solicitado (peluquería, podología) que se desplazará con el material necesario para efectuar el trabajo requerido.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Servicio de catering a domicilio

A solicitud expresa del Asegurado y previo presupuesto, EUROP ASSISTANCE le facilitará un servicio de catering a domicilio con la periodicidad deseada.

Todos los gastos correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio se prestará a petición del Beneficiario y en horario de 9:00 a 19:00 de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). (Horario peninsular de España).

Servicio de información sobre mascotas

Se consideran mascotas, y serán objeto del presente contrato, únicamente los perros y gatos propiedad del Asegurado que tengan chip identificador. Para aquellas Comunidades Autónomas en las que el chip identificador no sea obligatorio para los gatos, el Asegurado deberá aportar el documento identificativo que acredite la propiedad de la mascota.

Se cubre únicamente un animal por Asegurado.

Servicio de información sobre mascotas

A petición del Asegurado, EUROP ASSISTANCE facilitará información telefónica de carácter general sobre cualquier aspecto relacionado con la mascota como, por ejemplo:

- Centros de acogida para animales de compañía.
- Hoteles con admisión de perros y gatos.
- Residencias vacacionales para perros y gatos.
- Documentación necesaria para viajar con perros y gatos.
- Seguro obligatorio y registro de perros peligrosos.
- Clubes de razas y asociaciones de criadores.
- Documentación necesaria para obtener el pedigrí.
- Concursos de belleza y comportamiento.
- Cementerios de mascotas.
- Atención de veterinario.
- Servicio de baño y peluquería.
- Servicio de atención en la defunción.
- Estancia en residencia.

- Envío de pienso y comida a domicilio.

Así como cualquier otra consulta relacionada con la tenencia de mascotas.

Envío de profesionales de limpieza

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE pondrá a su disposición diferentes profesionales de limpieza para ayuda a domicilio, limpieza general y orden del mismo y el lavado de ropa.

Queda excluida la limpieza de alfombras y tapicerías.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, serán a cargo del Asegurado.

Este servicio se prestará a petición del Beneficiario y en horario de 9:00 a 19:00 de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). (Horario peninsular de España).

Servicio de telefarmacia con receta en horario nocturno / festivo

El servicio consistirá en la personación de un colaborador de EUROP ASSISTANCE (debidamente identificado) en el domicilio que a los efectos determine el Asegurado, para de esta forma recoger la receta médica y adquirir la correspondiente medicina. Posteriormente entregará ésta en mano al Asegurado, el cual abonará en el acto el importe a que ascienda la factura del producto adquirido. No serán aceptados cheques, pagarés o tarjetas.

El Asegurado deberá facilitar en todo caso el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.) Quedan excluidos expresamente los casos de abandono de la fabricación del medicamento o la falta de disposición del mismo en los canales habituales de distribución en España, así como los medicamentos que requieran el DNI para su adquisición y los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.

Servicio de telefarmacia con receta

El servicio consistirá en la personación de un colaborador de EUROP ASSISTANCE (debidamente identificado) en el domicilio que a los efectos determine el Asegurado, para de esta forma recoger la receta médica y adquirir la correspondiente medicina. Posteriormente entregará ésta en mano al Asegurado, el cual abonará en el acto el importe a que ascienda la factura del producto adquirido. No serán aceptados cheques, pagarés o tarjetas.

El Asegurado deberá facilitar en todo caso el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.) Quedan excluidos expresamente los casos de abandono de la fabricación del medicamento o la falta de disposición del mismo en los canales habituales de distribución en España, así como los medicamentos que requieran el DNI para su adquisición y los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.

Servicio de telefarmacia sin receta en horario nocturno/ festivo

El servicio consistirá en la personación de un colaborador de EUROP ASSISTANCE (debidamente identificado) en la farmacia donde adquirirá directamente la medicina solicitada por el Asegurado. Posteriormente entregará ésta en mano al Asegurado, el cual abonará en el acto el importe a que ascienda la factura del producto adquirido. No serán aceptados cheques, pagarés, o tarjetas.

El Asegurado deberá facilitar en todo caso el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.) Quedan excluidos expresamente los casos de abandono de la fabricación del medicamento o la falta de disposición del mismo en los canales habituales de distribución en España, así como los medicamentos que requieran el DNI para su adquisición y los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.

Servicio de telefarmacia sin receta

El servicio consistirá en la personación de un colaborador de EUROP ASSISTANCE (debidamente identificado) en la farmacia donde adquirirá directamente la medicina solicitada por el Asegurado.

Posteriormente entregará ésta en mano al Asegurado, el cual abonará en el acto el importe a que ascienda la factura del producto adquirido. No serán aceptados cheques, pagarés o tarjetas.

El Asegurado deberá facilitar en todo caso el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.) Quedan excluidos expresamente los casos de abandono de la fabricación del medicamento o la falta de disposición del mismo en los canales habituales de distribución en España, así como los medicamentos que requieran el DNI para su adquisición y los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.

Guarda y custodia de la vivienda en caso de robo o incendio

Cuando a consecuencia de robo, incendio, inundación o explosión, la vivienda del Asegurado fuera fácilmente accesible desde el exterior, EUROP ASSISTANCE enviará a su cargo personal de seguridad hasta que el siniestro fuera subsanado y, en cualquier caso, durante un máximo de 24 horas.

Servicio de ayuda legal 24 horas

EUROP ASSISTANCE prestará al Asegurado ayuda legal que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia como, por ejemplo, control de alcoholemia, accidente de tráfico, robo o privación de libertad.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

Asesoramiento jurídico telefónico

EUROP ASSISTANCE dará respuesta a cualquier consulta de carácter jurídico o legal planteada por el cliente referente a su ámbito personal y circunscrito a la legislación española.

El horario de consulta será de 09:00 a 19:00 horas de lunes a viernes (excepto festivos). Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas (exceptuando de este plazo los festivos de carácter nacional y fines de semana) y ésta será siempre telefónica.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

Acceso a la Red de Despachos de Abogados

El Asegurado tendrá derecho a una primera consulta presencial de carácter gratuito en uno de los despachos de la red de abogados de EUROP ASSISTANCE, pudiendo utilizar sus servicios en condiciones especiales una vez se les haya encomendado el caso.

Defensa del consumidor

EUROP ASSISTANCE realizará la defensa prejudicial, a través de abogados colegiados, de los derechos del Asegurado como consumidor. Se incluyen los servicios necesarios para la adecuada defensa en Derecho mediante gestiones telefónicas, elaboración y presentación de escritos o gestiones ante la Administración.

Este servicio se prestará de 9 a 19 h de lunes a viernes (excepto festivos).

Elección de Abogado y Procurador

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente al procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento, pero en el supuesto de que el Abogado elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo del Asegurado los gastos de desplazamiento, dietas o cualquier otro gasto que dicho profesional incluya en su minuta.

El Asegurado tendrá, asimismo, derecho a la libre elección de abogado y procurador en los casos en que se presente conflicto de intereses entre las partes del contrato.

El abogado y procurador designados por el asegurado no estarán sujetos, en ningún caso a las instrucciones de EUROP ASSISTANCE.

Antes de su nombramiento, el Asegurado comunicará al Asegurador el nombre del abogado y procurador elegido.

El Asegurador satisfará los honorarios del Abogado que actúe en defensa del Asegurado conforme a las normas orientativas de honorarios de cada Colegio Profesional.

Los honorarios máximos aplicables serán los fijados por las normas orientativas dictadas por el Colegio Profesional correspondiente a los efectos de tasaciones de costas y jura de cuentas de los abogados sin que el conjunto de gastos sobrepase el límite cuantitativo establecido en cada garantía.

En caso de producirse un conflicto de intereses entre las partes, EUROP ASSISTANCE comunicará tal circunstancia al Asegurado, a fin de que éste pueda decidir sobre la designación del abogado o procurador que estime conveniente para la defensa de sus intereses.

En ningún caso EUROP ASSISTANCE se hará cargo de honorarios y gastos derivados de reclamaciones injustificadas por carecer de medio de prueba suficiente que la haga viable, o que lo sean en función de la responsabilidad del accidente, así como las manifiestamente desproporcionadas con la valoración de los daños y perjuicios sufridos. No obstante, en este último caso, EUROP ASSISTANCE asumirá el pago de dichos gastos si el Asegurado ejercita las acciones judiciales y obtiene una resolución favorable o una indemnización en cuantía similar a su pretensión inicial.

Resolución de conflictos

El Asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el Asegurador sobre el contrato de seguro.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

Elaboración y revisión de contratos

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE elaborará o revisará los siguientes tipos de contrato y escritos en los que el Asegurado sea parte:

- Compraventa de inmueble.
- Constitución de hipoteca.
- Examen de notas simples registrales.
- Arras o señal.
- Carta de reclamación por retraso o vicio oculto.
- Arrendamiento de inmueble.
- Cartas de reclamación como arrendador o arrendatario.
- Cartas de comunicación como arrendador o arrendatario.
- Cartas de reclamación o comunicación a la Comunidad de Propietarios.
- Contrato de trabajo para el servicio doméstico.
- Escrito de cancelación o rectificación de datos personales.
- Compraventa de vehículo.

Este servicio se prestará de 9 a 19 h de lunes a viernes excepto festivos.

EXCLUSIONES RELATIVAS A LA ASISTENCIA EN VIAJE

Las presentes garantías cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado por EUROP ASSISTANCE, hasta su domicilio

o centro hospitalario cercano a éste. Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a EUROP ASSISTANCE y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso, quedan excluidas de las garantías aseguradas (salvo que expresamente se incluya en la garantía) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

- 1. Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje que se manifiesten en el transcurso del mismo.*
- 2. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por EUROP ASSISTANCE y acordado por su servicio médico.*
- 3. Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores, así como aquellos afines a estos.*

Asimismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.

- 4. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.*
- 5. La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:*
 - Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.*
 - Deportes aéreos en general.*
 - Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos EUROP ASSISTANCE sólo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.*
- 6. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.*
- 7. Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.*
- 8. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.*
- 9. Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.*
- 10. Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.*
- 11. Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico*

extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

- 12. Quedan excluidos el hurto, el simple extravío, el dinero, las joyas, los documentos, el robo de equipaje u objetos personales que se encuentren en vehículos o tiendas de campaña.*

Con independencia de lo anterior, quedan particularmente excluidas las siguientes situaciones:

- 1. El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas “in situ”.*
- 2. Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.*
- 3. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos.*

EXCLUSIONES RELATIVAS A LAS PRESTACIONES DE DEFENSA JURÍDICA

- Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente al Asegurador.*
- Hechos producidos antes de la entrada en vigor del contrato.*
- Consultas y actuaciones judiciales cuya resolución comporte la aplicación de derecho extranjero, y aquellas relativas a la reclamación de derechos y beneficios que asisten al Beneficiario frente al Colegio correspondiente.*
- Cuando el hecho haya sido causado por mala fe o deliberadamente por el Beneficiario, incluyéndose aquí los siniestros relacionados con vehículos propiedad del Beneficiario.*
- Los gastos derivados de reclamaciones infundadas, así como los que se planteen con manifiesta desproporción en relación a los daños y perjuicios sufridos. Esta exclusión no se aplicará cuando, tras el ejercicio de las acciones judiciales correspondientes, el Beneficiario obtuviese resolución favorable estimando la totalidad de la indemnización correspondiente.*
- El cumplimiento de las obligaciones impuestas al Beneficiario por Sentencia o Resolución Administrativa. El pago de multas y sanciones, así como sus intereses o recargos.*

10.4. Medicina Preventiva

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

10.4.1. Prevención Infantil

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

- Revisión médica general por su pediatra cada mes durante el primer trimestre de vida, bimensual hasta los 18 meses de edad y anual hasta los 14 años de edad.*
- Administración de vacunas según el programa oficial de cada comunidad autónoma, tales como Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliomiélitis y Triple vírica.*
- Revisión de la visión por oftalmólogo, a la edad de 3 ó 4 años y a la edad de 10 ó 11 años*

- Revisión de la audición a la edad de 3 ó 4 años y a la edad de 10 ó 11 años.
- Prevención dental a la edad de 6 años y a la edad de 10 ó 12 años para la valoración del correcto desarrollo bucodental.
- Cribaje de la hipoacusia en recién nacidos (screening de sordena neonatal).

10.4.2. Medicina Preventiva del Adulto

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

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

10.4.3. Prevención geriátrica

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

- Revisión médica general por su médico de cabecera.

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

Reembolso de Honorarios Médicos en España

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

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

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

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

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

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

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

Asistencia Complementaria Familiar

10.6. Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

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

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

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

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

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

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

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

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

10.7. Asistencia Dental

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

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

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

Artículo 11°. Tramitación del Siniestro

11.1. Utilización de los servicios del Cuadro Médico Premium

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas, procediéndose a anular dicha tarjeta y emitir una nueva. Además el Tomador del seguro y cada Asegurado se obligan a devolver al Asegurador las tarjetas personales, en el caso de rescisión, resolución y en general de finalización de la relación contractual, cualquiera que sea la causa de la misma.

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

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

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

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

a) Comunicación.

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

Los plazos de comunicación de siniestro son:

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

b) Documentación.

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

Esta documentación es la siguiente:

- “Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización” debidamente cumplimentada.
- Facturas y recibos originales que acrediten que el Asegurado ha efectuado el pago del servicio cuyo reembolso solicita, debiendo ser emitidos por el facultativo o centro que ha prestado el servicio al Asegurado. Esta documentación debe contener obligatoriamente la siguiente información:
 - Datos generales del facultativo o centro, como nombre, razón social, apellidos, dirección, N.I.F./C.I.F., nº de colegiado del facultativo y especialidad del mismo.
 - Naturaleza de los servicios prestados, fecha e importe de los mismos.
- Prescripciones médicas originales u otro tipo de documento original donde figure, además del nombre completo y número de colegiado del médico, el nombre completo del paciente y su número de tarjeta, el diagnóstico o la causa del servicio solicitado por el facultativo que atiende al Asegurado.

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

c) Pago del siniestro

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

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

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

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

11.3. Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

a) Comunicación del siniestro

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

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

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

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

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

b) Documentación del siniestro

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

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

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

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

c) Pago del siniestro

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

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

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

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

Artículo 13°. Riesgos no cubiertos por póliza

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

- **Los servicios derivados por atención a enfermedades o cualquier otra alteración de salud preexistente a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado y que hubieran dado síntomas evidentes de su existencia.**
- **Las prótesis de cualquier clase, las piezas anatómicas y ortopédicas, el desfibrilador automático implantable y el corazón artificial, excepto el material de osteosíntesis y las prótesis siguientes: válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de cadera, mallas abdominales, port-a-cath, by pass vascular, prótesis internas traumatológicas, la lente intraocular en caso de catarata así como la prótesis de mama tras mastectomía radical.**
- **Los daños producidos por explotaciones nucleares o radiactivas, que se hallen cubiertos por los seguros de Responsabilidad Civil por daños nucleares.**
- **Los hechos de guerra, motines, revoluciones, actos terroristas y las epidemias declaradas oficialmente así como los cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).**
- **Los tratamientos no quirúrgicos de la apnea obstructiva del sueño.**
- **El psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia, los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, las terapias de grupo, test psicológicos, curas de sueño y acupuntura, así como los tratamientos experimentales o no reconocidos o no avalados suficientemente por la comunidad científica correspondiente.**
- **Los tratamientos de tipo puramente estético (cirugía plástica, esclerosis de varículas, tratamientos cosméticos, curas de adelgazamiento, tratamiento de la obesidad e intervención quirúrgica de la miopía, hipermetropía y astigmatismo). No así la cirugía reparadora tras accidente o quemadura.**
- **Los trasplantes de cualquier tipo.**

- **Los tratamientos de cualquier tipo de drogadicción o toxicomanía (por ejemplo alcoholismo).**
- **La asistencia de cualquier tipo derivada de suicidio, tentativa de suicidio o por lesión causada a sí mismo por el Asegurado.**
- **Los servicios derivados por la atención del Sida y/o enfermedades causadas por el virus HIV positivo.**
- **Los medicamentos y vacunas, a excepción de los suministrados en caso de ingreso hospitalario de acuerdo a lo contemplado en el Art. 10 de las presentes Condiciones Generales.**
- **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas así como las determinaciones del mapa genético que tienen como finalidad el estudio de las causas de infertilidad y esterilidad de la pareja.**
- **Se excluyen, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares de la póliza, los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias a los que se someta voluntariamente el asegurado que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad salvo los contemplados en el artículo 10.4 “Garantía Cuarta: Medicina Preventiva” de las presentes Condiciones Generales.**
- **Se excluyen de la cobertura de la Garantía 10.6 “Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente”, los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos y similares.**
- **Queda fuera del objeto de cobertura de la garantía 10.7 “Asistencia Dental” cualquier servicio no incluido expresamente en las Condiciones Particulares o en el apartado de “Servicios Médicos Odontostomatológicos Codificados” de la Guía Dental.**
- **Se excluye de la cobertura de la Garantía 10.5 Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología los actos médicos contemplados en el tratamiento de la infertilidad que se encuentran recogidos en la Garantía 10.2 Especialidades Médicas y Quirúrgicas.**
- **Se excluye de la cobertura de la Garantía 10.5 Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, el reembolso de honorarios médicos cuando el servicio objeto de la solicitud de reembolso haya sido prestado por un profesional o centro del Cuadro Médico Premium.**
- **Se excluye de la cobertura de la Garantía 10.5 Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, el Reembolso de honorarios médicos cuando el servicio objeto de la solicitud de reembolso haya sido prestado por el cónyuge ó los familiares del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad.**

Artículo 14°. Indisputabilidad

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

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico, y la póliza se hubiere contratado en base al Cuestionario de Salud presentado por el Asegurador, y se comprueba que ha existido reserva o

inexactitud en las declaraciones del Tomador del seguro o del Asegurado al contestar al Cuestionario preparado por el Asegurador, éste podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro.

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

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

Artículo 15°. Legislación aplicable y jurisdicción competente

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

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

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

www.generali.es

generali.es

