

GENERALI DENTAL

Condiciones Generales y

Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Índice

Cláusula Informativa	2
Artículo 1º. Definiciones	3
Artículo 2º. Personas que intervienen en el Contrato	4
Artículo 3º. Objeto del Seguro	4
Artículo 4º. Garantías de la Póliza	4
Artículo 5º. Riesgos no cubiertos por la Póliza	7
Artículo 6º. Perfeccionamiento del Contrato	8
Artículo 7º. Duración del Contrato	8
Artículo 8º. Pago de Primas	8
Artículo 9º. Bases del Contrato	9
Artículo 10º. Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador del Seguro o del Asegurado	9
Artículo 11º. Comunicación entre las partes que intervienen en el Seguro	11
Artículo 12º. Personas aseguradas	12
Artículo 13º. Tramitación del siniestro	12
Artículo 14º. Plazos de carencia	14
Artículo 15º. Pérdida del derecho al devengo del Capital Asegurado	15
Artículo 16º. Jurisdicción competente	15
Artículo 17º. Prescripción	15
Artículo 18º. Ámbito territorial	15
Artículo 19º. Revalorización Automática Anual	16

Cláusula Informativa

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

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora

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

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

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora

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

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

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

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

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

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

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

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

Pº de la Castellana, 44
28046-MADRID
<http://www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp>

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros Perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos de recurrir 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. Definiciones

- 1.1. Accidente.** Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado.
- 1.2. Capital Asegurado.** Importe recogido en las Condiciones Particulares para cada una de las garantías contratadas.
- 1.3. Centro sanitario, clínica u hospital.** Establecimiento legalmente constituido con el objetivo de atender a las personas que han sufrido alteraciones en su estado de salud en la condición de pacientes del centro.

Se establece como requisito indispensable, que estos centros dispongan de los convenientes servicios médicos para atender a los heridos o enfermos, y de enfermería abierta las 24 horas del día, disponiendo operativos, en todo momento, los instrumentos necesarios para el diagnóstico e intervención quirúrgica de cualquier índole.

No se consideran centros hospitalarios los balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.
- 1.4. Enfermedad.** A los efectos de la presente póliza se entiende por enfermedad la alteración del estado de salud por causa común no accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precisa de asistencia facultativa.
- 1.5. Franquicia.** Importe que el Asegurado debe soportar del coste del siniestro. Las franquicias definidas según el acto practicado al Asegurado se determinan en la Guía Dental de Generali.
- 1.6. Hospitalización.** Permanencia del Asegurado en un centro sanitario, clínica u hospital durante un período superior a 24 horas, en condición de paciente.
- 1.7. Patología o proceso patológico.** A los efectos de la presente póliza se entiende por patología o proceso patológico la alteración del estado de salud debida a enfermedad o accidente, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precisa de asistencia facultativa.
- 1.8. Plazo de carencia.** Período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto de la póliza para cada garantía contratada, durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.

- 1.9. Póliza.** Documento legal que regula la relación entre las partes participantes en el acuerdo definidas en el Art. 2. de las presentes Condiciones Generales. Forman parte integrante de la Póliza las Condiciones Generales y Condiciones Generales Específicas, las Condiciones Particulares, la Solicitud, la Guía Dental y todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.
- 1.10. Prima.** Es el precio del seguro. El recibo incluirá además los impuestos, tributos y recargos que sean legalmente repercutibles.
- 1.11. Siniestro.** Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.

Artículo 2º. Personas que intervienen en el Contrato

- 2.1. El Tomador del Seguro.** Persona física o jurídica, que, juntamente con el Asegurador, suscribe el contrato y al que corresponden los derechos y obligaciones derivadas del mismo, salvo los que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.
- 2.2. El Asegurado.** 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.
- 2.3. La Compañía o el Asegurador.** Persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

Artículo 3º. Objeto del Seguro

El presente Contrato garantiza una indemnización diaria por Hospitalización por Enfermedad y Accidente así como el acceso, a través de los profesionales presentes en la Guía Dental, a la asistencia estomatológica y odontológica que precise el Asegurado, dentro de los límites de las garantías contratadas conforme a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza, con independencia del coste de la asistencia sanitaria que el Asegurado pudiera necesitar, el cual sólo queda garantizado por indicación expresa en las presentes Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Capital Asegurado es el correspondiente para cada garantía contratada de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 4º. Garantías del Seguro

4.1. Asistencia Dental

- a) Por la presente garantía, el Asegurador garantiza el acceso en España 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 concertados y publicados en la Guía Dental. En el presente seguro no se entregarán 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 aquellos concertados y que figuran en la Guía Dental.

Los actos odontoestomatológicos a cargo del Asegurador son los siguientes:

Diagnóstico oral

- 0110 Examen inicial oral y diagnóstico
- 0120 Presupuesto
- 0130 Examen de urgencia
- 0140 Consulta profesional
- 0150 Revisiones

Radiografías

- 0210 Radiografía periapical
- 0212 Radiografía oclusal
- 0214 Radiografía de aleta
- 0220 Ortopantomografía
- 0222 Radiografía lateral (Telerradiografía)
- 0224 Radiografía de A.T.M.
- 0250 Serie radiográfica periodontal

Preventiva y estética dental

- 1110 Tartrectomía (limpieza de boca anual)
- 1120 Educación de higiene oral
- 1130 Enseñanza de técnica de cepillado
- 1140 Planificación de dieta para control de caries
- 1150 Tinción e índice de placa
- 1210 Aplicación tópica de flúor por sesión (2 al año)

Odontopediatría

(niños hasta 14 años incluidos) (Dentición temporal)

- 2440 Extracción diente temporal

Plan dental infantil

(sólo para dentición definitiva) (según normas establecidas en la Guía Dental)

- 2310 Sellado de puntos y fisuras 1er y 2º molar permanente
- 2410 Obturación (empaste)
- 2412 Reconstrucción
- 2420 Corona prefabricada acero inoxidable
- 2430 Recubrimiento pulpar indirecto
- 2432 Pulpotomía
- 2434 Apicoformación (visita)
- 2436 Apertura y drenaje pulpar (cura)
- 2440 Extracción diente temporal

Mantenedores de espacio

- 2510 Fijo unilateral
- 2520 Removible acrílico
- 2550 Recementado mantenedor

Cirugía oral

- 7110 Extracción dental simple
- 7120 Extracción complicada y/o sutura
- 7210 Extracción quirúrgica cordal semiincluido
- 7220 Extracción diente retenido en tejido óseo (con odontosección y/u osteotomía)
- 7310 Apertura y drenaje de abscesos
- 7320 Frenectomía
- 7330 Quistectomía con o sin extracción dental
- 7350 Cirugía menor (tejidos blandos)
- 7410 Cirugía preprotésica

Para el resto de actos odontoestomatológicos establecidos en el apartado de “**Servicios Médicos Odontoestomatológicos Codificados**” de la Guía Dental y que se detallan en las Condiciones Particulares, el Asegurado deberá pagar directamente al profesional los importes definidos como franquicias según el acto odontoestomatológico que le hubiera sido practicado y la provincia en que se le realiza.

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

4.2. Hospitalización por Enfermedad y Accidente.

- a) Si como consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado, el Asegurador garantiza, durante el Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares, 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, **con el alcance y límites establecidos en la póliza.**

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

- b) 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 por permanencia ininterrumpida en la UVI/UCI 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 UVI/UCI del centro sanitario, clínica u hospital.
- c) Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un solo período de hospitalización. **En ningún caso se indemnizará Capital alguno por aquellas hospitalizaciones inferiores a 24 horas.**
- d) Si el Asegurado padeciera varios procesos al mismo tiempo o sobreviniera uno nuevo, consecuencia del curso clínico de los inicialmente declarados, el Capital Asegurado a

devengar será el indicado en las Condiciones Particulares, y el Período de Indemnización empezará a contar desde la fecha en que haya tenido lugar el proceso inicialmente declarado. Si el nuevo proceso sobrevenido tuviera una causa distinta de los anteriormente declarados, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo del último proceso.

- e) **En cualquier situación, ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos de cobertura, 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.**
- f) **Para los Asegurados con una edad inferior a 5 años o superior a 69 años cumplidos, la cobertura de la presente garantía queda limitada a la Hospitalización por Enfermedad y Accidente en caso de intervención quirúrgica.**

Artículo 5°. Riesgos no cubiertos por la Póliza

Queda fuera del objeto de cobertura de la garantía de Asistencia Dental cualquier servicio no incluido expresamente en las Condiciones Particulares o en el apartado de “Servicios Médicos Odontoestomatológicos Codificados” de la Guía Dental.

Además, quedan fuera del objeto de cobertura de la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente, y por tanto no dan derecho a indemnización alguna:

- a) *Accidentes y enfermedades derivados de la participación en expediciones científicas o práctica de cualquier deporte como profesional, así como la práctica de deportes aéreos, prácticas deportivas utilizando vehículos a motor, boxeo, escalada, artes marciales, bobsleigh, torero, encierro de reses bravas y deportes aéreos, así como otras prácticas manifiestamente peligrosas.*
- b) *Todas las enfermedades, crónicas o no, lesiones o defectos constitucionales y físicos y accidentes preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas. Se entiende por preexistentes, aquellos procesos, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada para el Asegurado afectado.*
- c) *Las consecuencias de guerra, alteración de orden público, hechos declarados oficialmente como fenómenos de carácter extraordinario, catastrófico o epidemia así como las consecuencias derivadas de la energía atómica nuclear, salvo que se ocasionen como consecuencia de un tratamiento médico basado en dicha fuente de energía.*
- d) *Los procesos patológicos que tengan como manifestación única dolor, algias o vértigo, sin comprobación y/o no objetivables por pruebas de diagnóstico.*
- e) *Accidentes o enfermedades causadas dolosamente por el Tomador o Asegurado que entrañen grave riesgo para la salud del Asegurado así como la interrupción u omisión del tratamiento médico y otros daños causados voluntariamente por el propio Asegurado.*
- f) *Las enfermedades y accidentes derivados de la alcoholemia así como los derivados del consumo de drogas o estupefacientes, riñas, desafíos o intentos de suicidio.*
- g) *Quedan excluidos los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.*

- h) En la Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente se excluyen los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad tales como los tratamientos de esterilidad y los tratamientos de tipo puramente estético, salvo cirugía reparadora en caso de accidente o quemadura sobrevenida durante la vigencia del seguro.***
- i) Las enfermedades neurológicas sin comprobación y/o no objetivables por pruebas de diagnóstico.***
- j) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.***
- k) Las personas con seropositividad para el virus VIH, así como las personas afectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones en cualquiera de sus fases.***
- l) Los siniestros ocurridos durante el Período de Carencia, aunque se prolonguen más allá de la duración del mismo.***
- m) El proceso derivado del diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia.***

Artículo 6°. Perfeccionamiento del Contrato

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, una vez satisfecha la prima única o la de la primera anualidad del seguro o fracción convenida de la misma.

Artículo 7°. Duración del Contrato

La duración del contrato se establece por el período asimismo especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo y salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado el contrato automáticamente por el plazo de otro 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 un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando sea el asegurador y de un mes cuando sea el tomador. 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.

Artículo 8°. Pago de Primas

Las primas del Seguro son anuales, salvo que se haya contratado por tiempo inferior, pero podrá convenirse el pago de las primas anuales por fracciones, siendo obligatorio el pago de todas ellas hasta completar el importe de la prima anual.

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 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, el pago de la misma, considerándose que si el Asegurador no formula dicha reclamación dentro del citado plazo 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 que se determine en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 9°. Bases del Contrato

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 y Asegurado, 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 período sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Artículo 10°. Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador del Seguro o del Asegurado

10.1. Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro o el Asegurado 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. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

10.2. Durante la vigencia del contrato, el Tomador del Seguro o Asegurado deberán 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 de que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan obrado con dolo o 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.

En este caso, en que la prima pagada fuera superior a la que realmente debiera de haber cobrado el Asegurador, éste está obligado a restituir el exceso de prima percibida sin intereses.

10.3. El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado, debe comunicar al Asegurador cualquier cambio de domicilio, notificándolo al Asegurador por carta certificada con una antelación mínima de siete días al requerimiento de cualquier servicio. El Asegurador se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

10.4. El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado, 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.

10.5. El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado, deben facilitar la subrogación a favor del Asegurador.

10.6. El Tomador del Seguro y el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, tendentes básicamente a que el Asegurado reciba tratamiento médico, se sigan las prescripciones facultativas y se realicen cuantas diligencias se consideren necesarias para conservar la vida y el pronto restablecimiento del Asegurado.

El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa. Si este incumplimiento fuese con manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación.

Artículo 11°. Comunicación entre las partes que intervienen en el Seguro

11.1. 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 registrarán 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.

11.2. 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.

11.3. 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 indepen-

dencia 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.

11.4. 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 12°. Personas aseguradas

Salvo pacto en contrario, en la fecha de contratación de la póliza, serán susceptibles de ser aseguradas aquellas personas que tengan una edad inferior a los 70 años cumplidos.

Artículo 13°. Tramitación del siniestro

En relación con el trámite de cualquier siniestro amparado por la presente póliza, serán de aplicación las siguientes normas:

a) Procedimiento Pericial.

En el caso de que alguna de las partes no estuviera de acuerdo con la determinación seguida por el Asegurador, acerca de las causas del siniestro y las demás circunstancias que influyen en la determinación de la indemnización, ésta deberá de notificarle de forma justificada al Asegurador por escrito, en el plazo máximo de las siguientes 48 horas tras recibir la notificación del Asegurador, tras lo cual, el facultativo que atiende al Asegurado, y el médico de la Entidad tratarán de resolver las discrepancias en calidad de peritos, en caso de no ponerse de acuerdo en el dictamen, se seguirá el procedimiento establecido en el Art. 38 de la Ley de Contrato de Seguro, tal y como se recoge en los párrafos siguientes.

Cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños y las demás circunstancias que influyen en la determinación de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley

de Jurisdicción Voluntaria (art. 80) o en la legislación notarial. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso del Asegurador y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo de lo que pueda deber, y si no lo fuera abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

Cada parte abonará los honorarios de su Perito. Los del tercer Perito y los demás gastos que ocasione el dictamen pericial serán de cuenta y a cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiese hecho necesaria la intervención del tercer Perito por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

b) Seguimiento y control del siniestro.

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 de que un Asegurado se opusiera o impidiera la visita del Asegurador, éste quedará totalmente liberado del pago del Capital Asegurado de que se trate, exceptuando la oposición del facultativo que atiende 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.

El Asegurador queda en disposición de dar por concluido el devengo del Capital Asegurado cuando el Asegurado incumpliera algún artículo de las presentes Condiciones Generales, o bien, cuando el facultativo del Asegurador determinara que se pretende prolongar de forma artificiosa un siniestro.

En caso de que el Asegurado se encontrara fuera de su residencia habitual y no pudiera trasladarse a la misma tras el accidente o enfermedad, tiene derecho a percibir el Capital Asegurado contratado, siempre que cumpla todos los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Generales para las distintas garantías, informando además, del domicilio en el cual se encuentra de forma circunstancial debido al accidente o enfermedad.

c) Documentación y plazos de comunicación de siniestro.

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.

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.

En el caso de la Asistencia Dental, en el momento en que se solicite la prestación del servicio a un profesional concertado, se considerará comunicado el siniestro.

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

c.1. Hospitalización por Enfermedad y Accidente:

Para poder solicitar el Capital Asegurado de la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente, se debe comunicar al Asegurador el internamiento en el centro sanitario, clínica u hospital en un plazo máximo de 7 días desde que se tenga conocimiento del siniestro, debiendo hacer llegar la siguiente documentación:

«Declaración de Siniestro» 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 «Declaración de Siniestro», 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, profesión 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.

d) 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 14º. Plazos de carencia

Salvo pacto en contrario, se establecen los siguientes plazos de carencia para la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente:

- 14.1. Tres meses desde la fecha de alta de la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente para el Asegurado afectado, según lo establecido en las Condiciones Particulares, para las enfermedades de tratamiento quirúrgico, salvo prescripción médica de urgencia.**
- 14.2. En los casos en que el Asegurado declare haber recibido tratamiento médico en los últimos doce meses, el plazo de carencia para la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente, por dicha causa, es de doce meses desde la fecha de alta de dicha garantía para el Asegurado afectado, según lo indicado en las Condiciones Particulares.**
- 14.3. En caso de embarazo y parto, con independencia de lo establecido en párrafos anteriores, el período de carencia será de ocho meses desde la fecha de alta de la**

garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente para el Asegurado afectado, según lo indicado en las Condiciones Particulares.

- 14.4. Los plazos de carencia quedarán automáticamente derogados en caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente.
- 14.5. Seis meses desde la fecha de alta de la Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente para el Asegurado afectado, según lo establecido en las Condiciones Particulares, para las restantes enfermedades que requieran hospitalización.

Artículo 15°. Pérdida del derecho al devengo del Capital Asegurado

Otras causas que originan la pérdida del derecho al devengo del Capital Asegurado, además de las recogidas en los restantes artículos de las presentes Condiciones Generales, son:

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.
2. En el supuesto de agravación del riesgo, si el Tomador o Asegurado, actuando de mala fe, no lo comunican al Asegurador.
3. En caso de ocurrir el siniestro antes de cobrarse la primera prima, salvo que se pacte lo contrario.
4. Si el Tomador o Asegurado no facilitan al Asegurador los datos básicos del siniestro, y sus consecuencias, y hubiese ocurrido dolo o culpa grave.
5. Si el Tomador o Asegurado incumplen el deber de aminorar las consecuencias del siniestro, con intención manifiesta de perjudicar y/o engañar al Asegurador.
6. Cuando el siniestro fuera causado por mala fe del Asegurado.

Artículo 16°. Jurisdicción competente

Se aplicará al presente contrato de seguro la legislación española, y será juez competente para las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, 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.

Artículo 17°. Prescripción

Las acciones que deriven de este contrato prescriben al término de cinco años.

Artículo 18°. Ámbito territorial

El ámbito territorial de la garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente es todo el mundo, siempre que el Asegurado tenga su residencia habitual fijada en España.

En el caso de la garantía de Asistencia Dental, el ámbito territorial es España.

El pago de las indemnizaciones se efectuará en España y en euros.

Artículo 19º. Revalorización Automática Anual

El Tomador podrá decidir si al vencimiento de cada anualidad desea que los capitales asegurados recogidos en las Condiciones Particulares para cada garantía se revaloricen automáticamente en función del porcentaje escogido por el Tomador del Seguro e indicado en las Condiciones Particulares. Los incrementos de prima resultantes se reflejarán en el recibo correspondiente.

El porcentaje se aplicará en cada vencimiento anual, sobre las cifras correspondientes al año inmediatamente anterior.

El Tomador y el Asegurador podrán renunciar a la aplicación de la revalorización avisándose mutuamente con dos meses de antelación al vencimiento.

El Capital Asegurado será el vigente en el momento de ocurrencia del siniestro, sin que deba el Asegurador incrementar el mismo en caso de prolongarse dicho siniestro y coincidir con una revalorización del Capital Asegurado.

En la garantía de Asistencia Dental, las franquicias a abonar por parte del Asegurado se revalorizarán según la evolución del precio de los servicios detallados en las Condiciones Particulares o en el apartado de Servicios Médicos Odontoestomatológicos Codificados de la Guía Dental.

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léelas 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

