

Generali Salud Opción

Manual de Producto



GENERALI
Seguros

Índice

1. ¿Qué es Generali Salud Opción?	5
2. ¿Qué ámbito abarca Generali Salud Opción?	5
3. ¿Qué garantías ofrece Generali Salud Opción?	6
4. Revalorización de capitales	12
5. Participación del Asegurado en el coste del siniestro. Copago	13
6. Coberturas especiales de Generali Salud Opción	14
7. ¿Cómo se utiliza Generali Salud Opción?	16
8. ¿Qué datos se necesitan para contratar Generali Salud Opción?	17
9. La Solicitud	17
10. Normas de aceptación	17
11. Duración del Seguro	18
12. Domiciliación bancaria	18
13. Documentación	19
14. Tarjeta Generali Salud	19
15. Períodos de carencia	19

1. ¿Qué es Generali Salud Opción?

El seguro de salud ofrecido por Generali Seguros se denomina **«Generali Salud Opción» Seguro de Protección Médica Familiar**.

Este producto está creado para dar un servicio integral a sus asegurados, de alta calidad sanitaria y humana, contando con una clientela fiel y satisfecha del servicio recibido.

Generali Salud Opción está dirigido principalmente a un público joven y exigente, entre 25 y 45 años de edad, generalmente casado, con o sin hijos, pertenecientes a la clase media, media alta o alta, y que prefiere tener libertad de elección, tanto en coberturas como en la modalidad de pago, sin olvidar los descuentos por pronto pago, y gestionando los recibos por entidad bancaria.

El Asegurado, a cambio del pago de una prima, recibe asistencia médica y hospitalaria tantas veces como sea necesario, de manera ilimitada, pudiendo elegir, dentro de un cuadro médico de primera línea y rigurosamente seleccionado, el médico o la clínica que más le interese, y además, se dispone de la posibilidad de contratar el reembolso de determinados honorarios médicos en España pudiendo, para dichos servicios, elegir cualquier servicio médico y quirúrgico de España, con la seguridad de que Generali Salud Opción le reembolsará el coste de los mismos con los límites de capital y franquicias contratados.

2. ¿Qué ámbito abarca Generali Salud Opción?

El objeto de Generali Salud Opción consiste en garantizar la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria necesaria a cada uno de los miembros de la unidad familiar en caso de enfermedad o accidente sobrevenidos después de contratar la póliza.

Se trata de un producto dirigido a las economías domésticas, es decir, a todos los miembros que componen la unidad familiar y que residan en el mismo domicilio.

Generali Seguros pone a disposición de cada asegurado, en cada ciudad, de acuerdo con su Cuadro Médico, un equipo de médicos y centros (clínicas, laboratorios, radiólogos, etc.) que puede usar el asegurado cada vez que lo necesite, sin tener que pagar nada adicional por ello. Además, si se ha contratado el Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, permite acceder al Asegurado, a cualquier profesional, en España, que no figure en el Cuadro Médico de las especialidades cubiertas a través del reembolso.

Las especialidades médicas y los tratamientos cubiertos son los que se indican en la póliza incluyendo todas las especialidades médicas oficialmente reconocidas y todas las pruebas diagnósticas o tratamientos que sean precisos y que la práctica médica reconoce como tales.

El ámbito geográfico de cobertura es mundial, gracias a la garantía de Asistencia en Viaje, con el alcance especificado en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

3. ¿Qué garantías ofrece Generali Salud Opción?

Los servicios que la entidad presta, se encuentran englobados en las siguientes garantías:

Garantías Básicas de contratación:

- Especialidades Médicas y Quirúrgicas
- Asistencia en Viaje
- Medicina Preventiva

Garantías Opcionales:

- Asistencia Primaria
- Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria/ Obstetricia y Ginecología(*)
- Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente
- Asistencia Dental

(*) Si se contrata la garantía opcional Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, es necesario contratar además la garantía de Asistencia Primaria.

La combinación de garantías escogida es la que registrará en la póliza para todos y cada uno de los asegurados que componen la unidad familiar.

Se trata de una póliza paquete, ya que se da siempre la contratación de unas garantías básicas, amplias, y por otro lado se dota de una cierta flexibilidad permitiendo que las garantías de Asistencia Primaria, Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología, Asistencia Dental y de Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente sean de contratación voluntaria en función de las necesidades reales de cada familia y de la disponibilidad de los servicios médicos concertados por **Generali Salud Opción** en la localidad de residencia de los asegurados.

a) Asistencia Primaria

Esta garantía, de contratación opcional, está destinada a cubrir los servicios más cotidianos para el asegurado.

La garantía de Asistencia Primaria permite disponer de:

- Medicina general o de familia
- Pediatría
- Servicio de A.T.S.
- Podología
- Servicio permanente 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.**

Se recuerda que los servicios contenidos en esta garantía se prestan en aquellas localidades donde Generali Salud cuente con dichos servicios concertados de acuerdo con lo indicado en el Cuadro Médico.

b) Especialidades Médicas y Quirúrgicas

Los servicios cubiertos por esta garantía se prestarán de acuerdo a lo recogido en las Condiciones Generales, a través de los profesionales concertados en el Cuadro Médico de **Generali Salud Operación**, tanto a través del Cuadro Médico de la localidad de residencia de la familia asegurada como a través del resto de servicios relacionados en el Cuadro Médico nacional.

La garantía de Especialidades Médicas y Quirúrgicas permite disponer de los siguientes servicios, entre otros:

- Visitas por especialistas
- Pruebas complementarias y especiales para diagnósticos. Incluyendo los medios de contraste utilizados en la realización de exploraciones radiológicas, Resonancia Magnética Nuclear y TAC.
- Tratamientos especiales
- Tratamiento de la infertilidad de la pareja
- Análisis clínicos
- Radiología y pruebas radiológicas
- Rehabilitación
- Asistencia en clínicas y hospitales concertados.
- Las siguientes prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de cadera, lente intraocular en la cirugía de la catarata, prótesis mamaria en la cirugía de reconstrucción de la mama tras mastectomía radical a consecuencia de cáncer de mama, by-pass vascular, prótesis internas traumatológicas y material de osteosíntesis interna.
- Quimioterapia, tanto en régimen hospitalario como ambulatorio: Tratamientos quimioterápicos en régimen ambulatorio, incluyendo el coste de los medicamentos citostáticos que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad.
- Aerosolterapia, Oxigenoterapia y Ventiloterapia.
- Traslado en ambulancia en caso de urgencia hasta el centro más próximo o para el traslado al centro quirúrgico desde su domicilio cuando así se indique por prescripción facultativa.

Se incluyen los siguientes conceptos de hospitalización:

- Hospitalización Quirúrgica.
- Hospitalización Médica
- Hospitalización Psiquiátrica
- Hospitalización por parto

En caso de hospitalización se incluyen, entre otros, los siguientes conceptos:

- Estancia en habitación individual.
- Gastos quirúrgicos, pruebas complementarias, pago de honorarios a los profesionales que puedan intervenir.
- Manutención del paciente durante el ingreso.
- Medicación en clínica.
- Estancia en la U.C.I./U.V.I.
- Alojamiento del acompañante en la misma habitación (si el centro dispone de ese servicio).

c) Asistencia en Viaje

La presente garantía constituye una opción básica de contratación. Cubre la asistencia médica derivada de un accidente o enfermedad sobrevenido en el transcurso de un viaje, así como otros servicios como traslado sanitario de enfermos, heridos y fallecidos, entre otros.

Para hacer uso de este servicio siempre debe efectuarse una llamada al teléfono que figura al dorso de la tarjeta magnética informado como 'Asistencia en Viaje' (se puede llamar a cobro revertido), indicando toda la información precisa para que pueda prestarse el mejor servicio, como por ejemplo, el nombre y apellidos del asegurado afectado, su número de tarjeta, situación exacta, etc.

Tal como se recoge en las Condiciones Generales, para tener derecho a este servicio es preciso no exceder de 90 días por viaje o desplazamiento y se recuerda que esta garantía tiene vigencia en todo el mundo a partir del límite provincial de residencia habitual del asegurado salvo en Baleares y Canarias, donde además prestará esta asistencia con sólo encontrarse asegurado a 10 Kms. de distancia de su domicilio habitual indicado en la póliza.

d) Medicina Preventiva

La presente garantía constituye una opción básica de contratación, la cual incluye un programa de pruebas y revisiones, adaptado a cada edad y circunstancias personales.

Las revisiones médicas, ginecológicas y la planificación familiar se cubren con esta garantía. Así, podemos citar, entre otros, los siguientes servicios:

- Revisiones infantiles
- Control de la vista, audición y odontología (incluidas las higienes dentales).
- Control de la obesidad
- Prevención cardiovascular (colesterol, stress, tabaco,...)
- Prevención del cáncer
- Planificación familiar
- Revisión ginecológica anual, ligadura de trompas, vasectomía.
- Clases de preparación al parto.
- 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.

e) Reembolso de honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología

La garantía de reembolso de honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología permite el acceso a la cobertura de los honorarios médicos de estas especialidades en España, no teniendo que limitarse a los servicios ofrecidos en el Cuadro Médico.

Con esta garantía tendrá cubierto el reembolso, descontada la franquicia, de los honorarios médicos razonables y usuales hasta los límites señalados para cada acto médico y hasta el capital asegurado por persona y año.

El gasto sanitario ocasionado por el Asegurado a través del Cuadro Médico concertado no se acumulará nunca al capital asegurado en su póliza para reembolso de gastos.

La garantía de reembolso es para España, sin embargo, **no se reembolsará ningún servicio de los prestados a través de profesionales o centros del Cuadro Médico.**

La franquicia, los límites de capital por acto médico y el capital máximo por asegurado y año se regulan a través de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los capitales máximos, límites parciales, y el porcentaje de reembolso, son los siguientes:

Tabla de Capitales y Límites

Concepto	Franquicia (% de Reembolso)
Reembolso en España	80%

Concepto	Límites por honorarios
Límite anual por Asistencia Primaria	5.000 Euros
Límite por consulta Medicina General, Pediatría, ATS y Enfermería	35 Euros
Límite por Servicio de Urgencias Médicas a Domicilio	35 Euros
Límite por Consulta Podólogo	35 Euros
Límite por consulta Psicología	35 Euros
Límite de consultas Psicólogo	4 mes/20 año
Límite anual Obstetricia y Ginecología	15.000 Euros
Límite por consulta Ginecólogo / Obstetra	90 Euros
Límite por Revisión anual Ginecológica (incluida la consulta)	150 Euros
Límite honorarios por parto o cesárea	1.250 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 0	500 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 1	500 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 2	1.250 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 3	1.250 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 4	2.750 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 5	2.750 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 6	4.500 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 7	4.500 Euros
Límite honorarios por intervención Quirúrgica Grupo 8	6.000 Euros

El alcance de la cobertura de reembolso se regula según los siguientes apartados:

Capital Asegurado

Es el capital máximo asegurado a reembolsar, por Asegurado y año, por el conjunto de gastos por cualquier concepto incluido en las garantías de la póliza de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales.

Franquicia / % de reembolso

El importe a reembolsar toma como base el importe pagado por el Asegurado a cambio del servicio recibido. Con carácter general, para los servicios prestados en España, se procederá a reembolsar el porcentaje determinado en las Condiciones Particulares de dicho importe, con los límites establecidos, según la naturaleza del gasto.

Asistencia Primaria

El capital máximo asegurado es por Asegurado y año, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias, incluyendo los siguientes conceptos:

- **Consulta Medicina General, Pediatría, ATS y Enfermería.**

Cubre los honorarios médicos de consulta de Medicina General y Pediatría. Asimismo se incluye el Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S) – Diplomado Enfermería (D.E.) y el Servicio Médico de Urgencias a Domicilio.

Se establece un límite de reembolso por consulta, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

En el concepto de consulta se incluyen todas aquellas pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta del médico al Asegurado con el fin de establecer el diagnóstico y tratamiento.

- **Urgencias Médicas a Domicilio.**

Cubre el reembolso de las Urgencias Médicas en el domicilio indicado en la póliza, con un límite de reembolso por servicio indicado, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

- **Consulta Podólogo.**

Cubre el reembolso de las consultas de Podología recogidos en el apartado Asistencia Primaria de las Condiciones Generales de la Póliza.

Se establece un límite de reembolso por consulta, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Se reembolsará un máximo de 6 consultas de podólogo, excepto que exista una patología en el pie en cuyo caso no se aplicará límite de consultas.

- **Consulta 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.**

Se establece un límite de capital de reembolso específico, por consulta psicológica, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Obstetricia y Ginecología.

El importe de capital asegurado máximo a reembolsar es por Asegurado y año por el conjunto de gastos de Honorarios, siendo de aplicación la franquicia prevista, incluyendo los siguientes conceptos:

- **Consulta Ginecólogo / Obstetra.**

Cubre el reembolso de las consultas de los especialistas en Ginecología y Obstetricia tal y como se recoge en el apartado Especialidades Médicas y Quirúrgicas de las Condiciones Generales de la Póliza.

Se establece un límite de reembolso por consulta, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

En el concepto de consulta, se incluyen todas aquellas pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta del médico a la Asegurada con el fin de establecer el diagnóstico y tratamiento.

- **Revisión anual Ginecológica.**

Para cada asegurada se cubre el reembolso de una revisión ginecológica anual, que incluye la visita, ecografía y citología realizadas en la consulta.

Se establece un límite de reembolso que incluye la revisión y la consulta ginecológica, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

- **Honorarios Médicos en caso de Intervención Quirúrgica.**

La intervención a la que se someta la asegurada 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, anestesistas y cualesquiera otros profesionales, cantidad superior a la que corresponda en la tabla de capitales, límites y franquicias a la intervención realizada, siendo de aplicación la franquicia prevista en la misma.

- **Honorarios por Parto o Cesárea.**

En este apartado se incluyen los gastos por honorarios médicos que se ocasionen con motivo del parto o cesárea.

En este importe se incluyen los honorarios del tocólogo, comadrona, ayudantes y anestesistas, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Por lo tanto, en caso de parto o cesárea no procederá reembolso alguno por cualquier otro concepto ni por lo establecido en el resto de apartados de la Póliza.

Los gastos de honorarios médicos derivados del seguimiento del embarazo quedan contemplados en los apartados de la póliza correspondientes.

f) Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente

Esta garantía es de contratación opcional y está destinada a dar respuesta a las necesidades del Asegurado en caso de ser hospitalizado, ya sea por una enfermedad o por un accidente, para hacer frente al incremento de gastos cotidianos que dicha situación lleva consigo (teléfono, desplazamientos, etc.).

Si se contrata la garantía, estarán cubiertos todos los Asegurados de la póliza siendo el importe a indemnizar común para todos.

Las opciones de Capital Asegurado Diario contratables en Vitalicio Salud Opción son: 20, 40 ó 60 Euros diarios según escoja el Tomador del seguro **siendo el período de indemnización máximo de 120 días.**

Además, en el caso de una Hospitalización en UVI/UCI del asegurado, se abona un importe adicional equivalente al capital contratado para la Indemnización por Hospitalización por Enfermedad y Accidente, desde el ingreso en la UVI/UCI, hasta el momento en que salga de la citada unidad, mientras el Asegurado tenga derecho al cobro del Capital Asegurado por Hospitalización por Enfermedad y Accidente.

g) Asistencia Dental

Esta garantía, de contratación opcional, está destinada a dar respuesta a las necesidades del Asegurado en caso de precisar asistencia odontostomatológica, quedando cubiertos todos aquellos tratamientos propios de la odontología y de la especialidad estomatológica que se encuentran codificados en el baremo de precios máximos que se incluye en la Guía Dental, y siempre que puedan ser prestados por los dentistas que figuran en la Guía Dental.

Por tanto, el Asegurado tiene derecho a recibir la Asistencia Dental a través de los profesionales concertados en la Guía Dental. Al acudir a uno de los profesionales concertados podrá acceder a un gran número de actos gratuitos, debiendo abonar, por el resto de actos, un importe nunca superior al establecido en el baremo de precios máximos de la Guía Dental según la provincia en que se recibe la prestación.

La Asistencia Dental se ofrece a través del Servicio Dental Plus.

No procederá reembolso alguno por aquellos tratamientos realizados.

4. Revalorización de capitales

Para la Garantía de Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología y la Garantía de Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente, en caso de contratarse, se aplicará una Revalorización Automática de todos los Capitales Asegurados de un 3%, de forma que en cada anualidad de seguro, sin necesidad de revisar el Capital Asegurado, se lleve a cabo la adecuación constante del mismo, al objeto de tenerlo permanentemente actualizado. No obstante, el Tomador podrá escoger en caso de que lo desee, otro porcentaje de revalorización entre los siguientes: Sin Revalorización, 2%, 4% ó 5%.

5. Participación del Asegurado en el coste del siniestro.

Copago

La Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, recibido de los profesionales o centros concertados en el Cuadro Médico se denomina Copago.

Consiste en el pago de unos importes al Asegurador por cada acto médico tipificado en las Condiciones Particulares, que el Asegurado reciba de los profesionales o centros médicos concertados.

En el momento de contratar la Póliza o en la fecha de renovación, el Tomador puede escoger, si desea o no Copago y con qué nivel de importes.

Los importes derivados del copago se comunicarán y se pasarán al cobro de forma trimestral, al domicilio bancario especificado por el Tomador o Asegurado Titular, siendo la domiciliación bancaria obligatoria para este concepto.

Si el importe del cargo es inferior a 30 Euros se acumulará para el siguiente trimestre al siguiente proceso, momento en el cual, con independencia de la suma, se pasará al cobro

Si existiera algún copago con antigüedad igual o superior a 6 meses, se procederá a enviar al cobro el cargo de todo lo que hasta la fecha estuviera pendiente con independencia del importe del cargo.

En el momento del vencimiento (renovación) de la póliza, aun cuando no hubiera alcanzado el importe mínimo o la antigüedad máxima, se procederá a realizar el cargo bancario por los copagos pendientes.

Los niveles de Copago contratables son los siguientes:

Copago por acto médico prestado	Copago 1	Copago 2	Copago 3
Consulta Asistencia Primaria (Médico General, Pediatra, ATS, DUE, Podólogo) y Sesión de Rehabilitación	2 euros	4 euros	20 euros
Consulta Urgencias, Resto Especialistas, Pruebas especiales (TAC, RMN, Aerosolterapia, Oxigenoterapia, Ventiloterapia, Análisis Clínicos, Radiología y Otros medios de diagnóstico)	4 euros	8 euros	25 euros
Consulta de Psicología	15 euros	20 euros	25 euros

Y siempre con la seguridad de no pagar más, por este concepto, que el máximo indicado:

	Copago 1	Copago 2	Copago 3
Importe máximo por copago por Asegurado y año	200 Euros	350 Euros	750 Euros

En el caso de ingreso hospitalario, los actos médicos que se generen no llevarán Copago.

6. Coberturas especiales de Generali Salud Opción

A continuación se detallan las coberturas especiales que recoge el seguro de Protección Médica Familiar Generali Salud Opción:

Tratamiento de la infertilidad de la pareja

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 un 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 período 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 de Generali Seguros en las clínicas y centros hospitalarios y por los profesionales designados y concertados por Generali Seguros, debiendo requerir la autorización expresa del Asegurador siempre de forma previa al inicio del tratamiento.

También se podrá tener acceso a este servicio, siempre mediante Documento de Conformidad autorizado, 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 Generali Seguros.

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

- a) Para los tres intentos de inseminación artificial, se establece un límite máximo de 600 Euros por cada intento y por el conjunto de los gastos médicos debidamente acreditados.**
- b) Para los dos intentos de Fecundación In Vitro, se establece un límite máximo de 4.000 Euros por cada intento y por el conjunto de los gastos médicos debidamente acreditados.**

Para poder ejercer el derecho al reembolso de los gastos médicos, los Asegurados deben aportar y acreditar el pago de los recibos o facturas originales y legales, desglosando los servicios prestados. Así mismo, deberán aportar el Documento de Conformidad Autorizado y 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.

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.

Además de las consultas indicadas, los asegurados disponen de un Servicio de Orientación Psicológica Telefónica, sin límite de consultas.

Oxigenoterapia, Aerosolterapia y Ventiloterapia

Se cubre tanto en pacientes ingresados como a domicilio la Oxigenoterapia, la Ventiloterapia y Aerosolterapia con el siguiente alcance:

- **Oxigenoterapia.** A domicilio sólo en casos agudos y de carácter reversible, así como en agudizaciones de procesos crónicos **con un máximo de 30 sesiones**. Siempre 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 sesiones**. Siempre bajo prescripción médica. La medicación será siempre a cargo del Asegurado

7. ¿Cómo se utiliza Generali Salud Opción?

La forma de utilizar los servicios que Generali Salud Opción ofrece dependerá del tipo de cobertura:

- **Servicios concertados:** bastará con consultar el correspondiente Cuadro Médico y seguir las instrucciones que se detallan en la Guía Práctica del Asegurado, aunque básicamente, en la mayoría de los casos se utiliza Generali Salud Opción escogiendo el profesional del Cuadro Médico al que se desea acudir y concertando con dicho facultativo día y hora en que nos pueda atender.

Para acceder a los servicios médicos concertados por Generali Salud es suficiente presentar la Tarjeta Generali Salud del asegurado, excepto para los casos en que se precisa una confirmación escrita previa, es decir, hay servicios en que es necesario que Generali Salud expida un 'Documento de Conformidad' para autorizar determinados servicios, como por ejemplo; ingresos hospitalarios o pruebas diagnósticas complejas. En caso que se produzca un ingreso en un centro hospitalario a través de Urgencias, se deberá solicitar la conformidad de la entidad antes de las 72 horas siguientes al ingreso.

Para acceder al Servicio de Psicología se debe llamar al teléfono **902 20 14 20** donde los asegurados dispondrán del Servicio de Orientación Psicológica Telefónica y donde, además, les indicarán los profesionales que les podrán prestar el servicio en consultorio.

- **Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología:** el Asegurado podrá acceder a los servicios que él elija en España, dentro de las coberturas, capitales, límites, franquicias y con los periodos de carencia indicados en la póliza.

Para solicitar el reembolso, el asegurado debe hacernos llegar, dentro de los 7 días posteriores al pago de las facturas: la Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización, Facturas originales de los gastos del asegurado y Prescripciones médicas originales. En caso de hospitalización, además el Informe de Alta.

Cuando se presente documentación en cualquier idioma no oficial en el Estado Español, los gastos derivados de la traducción correrán a cargo del Asegurado.

La documentación se puede hacer llegar a la Compañía a través de las sucursales de Generali Seguros, o bien mediante el envío directo a la dirección de correo que figura en la Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización

- **Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidentes.** Para solicitar la Indemnización por Hospitalización por Enfermedad o Accidente el Asegurado debe entregar a Generali Seguros, en un plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro: la Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización, el Informe médico con la causa de la hospitalización y el tratamiento aplicado al Asegurado y la Fecha probable de alta hospitalaria del Asegurado. Posteriormente deberá remitir el documento de Alta Hospitalaria que incluya día y hora de la misma.

Una vez efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la cobertura del siniestro, la Compañía procederá al pago del Capital Asegurado que corresponda.

Se pueden solicitar pagos a cuenta del importe total del siniestro en aquellos casos en que la hospitalización sea superior a 40 días.

La documentación se puede hacer llegar a la Compañía a través de las sucursales de Generali Seguros, o bien mediante el envío directo a la dirección de correo que figura en la Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización.

- **Asistencia Dental:** con la tarjeta personal del Servicio Dental Plus el Asegurado podrá acceder al cuadro médico de especialistas de la Guía Dental en cualquier lugar de España. Además tiene a su disposición el teléfono de Atención Dental en el **902 22 00 44**, donde les atenderán y solventarán las dudas oportunas sobre cómo utilizar el Servicio Dental Plus.

8. ¿Qué datos se necesitan para contratar Generali Salud Opción?

Los datos necesarios para la contratación de una póliza de Generali Salud Opción son:

- Datos del Tomador: Nombre, C.I.F./N.I.F. , Domicilio de residencia.
- Nombre completo de los asegurados y su domicilio de residencia.
- NIF, fecha de nacimiento y sexo de los asegurados.
- Domiciliación bancaria del pago de los recibos y del copago (en caso de contratarlo)
- Cuestionario de Salud debidamente cumplimentado y firmado por todos y cada uno de los asegurados.

9. La Solicitud

La información recogida en la Solicitud es muy importante, puesto que es parte integrante del contrato y en base a ella se confecciona la póliza, por lo que se debe cumplimentar correctamente toda la información solicitada.

Asimismo, el Cuestionario de Salud debe rellenarse con el mayor rigor, ya que ello nos evitará conflictos posteriores en el tratamiento del siniestro.

Toda Solicitud, tanto en el momento de alta de la póliza como en cualquier modificación de la misma, debe ser firmada por el Tomador y los Asegurados, ya que éstos últimos, salvo los menores de edad, son los que deben declarar sobre su propio estado de salud.

10. Normas de aceptación

Al objeto de evaluar el riesgo, se consideran fundamentales los siguientes factores:

a) Estado de salud de los asegurados

Se deberá cumplimentar el Cuestionario de Salud de todos los posibles asegurados. En base a esta declaración y en base a los reconocimientos o informes médicos que pueda presentar cada asegurado, o bien, solicitar la propia Compañía, se decidirá sobre la incorporación de cada uno de los asegurados a la póliza de Generali Salud Opción.

b) Edad de los asegurados

No se aceptan, como asegurados de nueva incorporación, a las personas con más de 64 años cumplidos. Como excepción se considerarán aquellos casos en que se propongan asegurados con edad igual o superior a 65 años cumplidos y siempre inferior a 70 años, para lo cual es preciso que formen parte del núcleo familiar asegurado, convivan en el mismo domicilio, y su número represente como máximo un tercio del total de personas que componen la unidad familiar asegurada. No se aceptarán, en ningún caso, personas con 70 años cumplidos o más, no existiendo edad límite de permanencia en la póliza, una vez incorporado el asegurado en la misma.

c) Factor geográfico de ubicación del domicilio habitual de los asegurados

La asistencia sanitaria domiciliar se prestará en el domicilio que figure en la póliza. En aquellas localidades donde no se disponga de cuadro médico concertado, este servicio se prestará a través del Reembolso de Honorarios de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología en España si se contrata dicha garantía.

d) Contratación familiar

La póliza es de contratación familiar, siendo ésta una norma básica de selección de riesgos, por lo que deben de incorporarse a la misma la totalidad de las personas que forman la unidad familiar.

e) Práctica de deportes o actividades y profesiones peligrosas.

La incorporación de candidatos que practiquen deportes peligrosos o ejerzan actividades o profesiones igualmente peligrosas se realizará a criterio del Ramo. No obstante, conocida la situación, no se aceptará a aquellos candidatos que practiquen deportes de forma profesional o como aficionado siempre y cuando en este caso, su intensidad o nivel sean equiparables.

En general, no se aceptarán a personas que practiquen actividades profesionales, deportivas o recreativas de elevada peligrosidad como las subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, toreo, boxeo y carreras organizadas con vehículos, embarcaciones o esquís.

11. Duración del Seguro

La póliza de Generali Salud Opción se contrata por anualidades prorrogables, no obstante la prima del primer período comprenderá desde la fecha de efecto de la póliza hasta el día 1 de Enero del siguiente año.

El fraccionamiento de la prima no exime del cumplimiento del contrato hasta su vencimiento.

12. Domiciliación bancaria

Es indispensable la domiciliación bancaria en este tipo de póliza, ya que la forma de pago mensual es la mayoritariamente escogida, para ello el Tomador deberá cumplimentar los datos de la entidad financiera correspondiente, número de cuenta y firmar la orden de pago bancaria incorporada en la solicitud de Generali Salud Opción. En caso de contratar alguna de las opciones de copago en la póliza será obligatoria la domiciliación bancaria, tanto para el pago del recibo de prima como para el copago.

13. Documentación

Al emitir la póliza se entregará al Tomador la siguiente documentación:

- Condiciones Generales y Condiciones Particulares
- Hojas de Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización
- Guía Práctica del Asegurado

Posteriormente, por correo, recibirá:

- Tarjeta Generali Salud de cada asegurado
- Guía y Tarjeta Dental de cada asegurado (si se contrata la Asistencia Dental)
- Cuadro Médico de Generali Salud

14. Tarjeta Generali Salud

A cada asegurado de Generali Salud Opción se le entrega una tarjeta sanitaria personal que sirve de identificación ante médicos y centros encargados de prestar los servicios recogidos en la póliza. Esta tarjeta contiene, en su área de relieve, datos como el número de tarjeta, nombre del asegurado, fecha de incorporación, fecha de caducidad de la tarjeta, fecha de nacimiento, y también aparecen los teléfonos de atención al asegurado 24 horas todos los días del año. Por otro lado, en la banda magnética de la tarjeta de cada asegurado se graban los datos que Generali Seguros precisa para identificar la tarjeta y asociar asegurado y póliza.

Muchos de los centros y médicos que prestan sus servicios a los asegurados de Generali Salud Opción, cuentan con un terminal, denominado datáfono, conectado telefónicamente con el sistema central de información de Generali Seguros.

A través de la Tarjeta Generali Salud, estos terminales efectúan la validación de los datos de cada asegurado.

Esta tarjeta es personal e intransferible, su extravío debe comunicarse urgentemente a Generali Seguros.

Además, todos los profesionales y centros incluidos en el Cuadro Médico disponen de un sistema alternativo de facturación manual, la 'Manual Imprinter', y cuentan también con los llamados "comprobantes de asistencia", de esta forma, son utilizados en aquellos casos en los que el profesional no dispone de datáfono o en el supuesto que éste se averíe. En cada comprobante de asistencia se anota el código y la fecha de los servicios prestados requiriéndose, además, la firma del asegurado atendido. El asegurado sólo debe firmar un comprobante de asistencia cada vez que acude al médico, aunque se realicen diferentes y variadas pruebas, las cuales ya son indicadas debidamente en el comprobante de asistencia.

15. Períodos de carencia

Las pólizas de Asistencia Sanitaria, como Generali Salud Opción, establecen unos períodos de tiempo, contados a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza, durante los cuales no entra en vigor alguna de las coberturas de la póliza.

Estos periodos de tiempo, denominados "periodos de carencia", en Generali Salud Opción son básicamente los siguientes:

- **Tres meses** para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, medios de diagnóstico no simples, tratamientos especiales, las coberturas de la garantía Medicina Preventiva (excepto para la prevención infantil) y las prótesis recogidas en el apartado 4.b. del presente manual.

Tres meses, también, 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.

- **Ocho meses** para cualquier servicio relacionado con el embarazo y parto.
- Sin plazo de carencia para el accidente y la urgencia vital.

En caso que el asegurado provenga de otra entidad, con coberturas similares, se procede a no aplicar los periodos de carencia **salvo el indicado para embarazo y parto que no podrá eliminarse**. No obstante se aplica igualmente la norma de no garantizar a los asegurados la asistencia médica que precisen por alteraciones de salud anteriores a su fecha de incorporación.

www.generali.es



GENERALI
Seguros