

Generali Salud Elección

Manual de Producto



GENERALI
Seguros

Índice

1. ¿Qué es Generali Salud Elección?	5
2. ¿Qué ámbito abarca Generali Salud Elección?	5
3. ¿Qué garantías ofrece Generali Salud Elección?	6
4. Revalorización de Capitales	14
5. Coberturas especiales de Generali Salud Elección	14
6. ¿Cómo se utiliza Generali Salud Elección?	16
7. ¿Qué datos se necesitan para contratar Generali Salud Elección?	18
8. La Solicitud	18
9. Normas de aceptación	18
10. Duración del Seguro	19
11. Domiciliación bancaria	19
12. Documentación	20
13. Tarjeta Generali Salud	20
14. Períodos de carencia	20

1. ¿Qué es Generali Salud Elección?

El seguro de salud mixto (Asistencia Sanitaria más Reembolso de Gastos Médicos) ofrecido por Generali Seguros se denomina «**Generali Salud Elección**» **Seguro de Asistencia Sanitaria con Reembolso**.

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 Elección 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 de **Generali Salud Elección**, a cambio del pago de una prima, recibe asistencia médica y hospitalaria de dos formas:

- 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.
- o bien, eligiendo entre los servicios médicos y quirúrgicos de todo el mundo, con la seguridad de que Generali Salud Elección le reembolsará el coste de los mismos con los límites de capital y franquicias contratados.

2. ¿Qué ámbito abarca Generali Salud Elección?

El objeto de **Generali Salud Elección** 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, el Reembolso de Gastos Médicos permite acceder al Asegurado a cualquier profesional o centro hospitalario que no figure en el Cuadro Médico tanto en España como en el extranjero.

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 Reembolso de Gastos Médicos y de la garantía de Asistencia en Viaje, con el alcance especificado en las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza.

3. ¿Qué garantías ofrece Generali Salud Elección?

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

Garantías Básicas de contratación:

- Asistencia Primaria
- Especialidades Médicas y Quirúrgicas
- Asistencia en Viaje
- Medicina Preventiva
- Reembolso de Gastos Médicos

Garantías Opcionales:

- Indemnización por Hospitalización por Enfermedad y Accidente
- Asistencia Dental

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 Dental y de Indemnización por Hospitalización por Enfermedad y Accidente sea de contratación voluntaria en función de las necesidades reales de cada familia y de la disponibilidad de los servicios médicos concertados por **Generali Salud** en la localidad de residencia de los asegurados.

a) Asistencia Primaria

Esta garantía 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.**

b) Especialidades Médicas y Quirúrgicas

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.
- 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 Generali Salud 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 vigor en todo el mundo a partir del límite provincial de residencia habitual del asegurado, salvo en Baleares y Canarias, donde además se prestará esta asistencia con sólo encontrarse el 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 completo 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, 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 semenograma o espermiograma.

e) Reembolso de gastos médicos

La garantía de reembolso de gastos le permite el acceso a la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones cubiertas tal y como se recoge en las garantías a) Asistencia Primaria, b) Especialidades Médicas y Quirúrgicas y d) Medicina Preventiva sin limitarse a los servicios ofrecidos en el Cuadro Médico.

Con esta garantía tendrá cubierto el reembolso, descontada la franquicia, de los gastos 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 concertada no se acumulará nunca al capital asegurado en su póliza para reembolso de gastos.

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

Hay cuatro opciones de contratación de Reembolso de Gastos Médicos:

- Generali Salud Elección 50
- Generali Salud Elección 150
- Generali Salud Elección 300
- Generali Salud Elección 600

La franquicia, los límites de capital por acto médico y el capital máximo por asegurado y año se regulan a través de las Condiciones Especiales de Reembolso de cada una de las opciones de reembolso.

Los capitales máximos, límites parciales y franquicias son los siguientes:

Tabla de capitales, límites y franquicias

Concepto	Generali Salud Elección 50	Generali Salud Elección 150	Generali Salud Elección 300	Generali Salud Elección 600
Capital Asegurado Reembolso de Gastos	50.000 Euros	150.000 Euros	300.000 Euros	600.000 Euros
Franquicia (% de reembolso)				
Reembolso en España y en el Extranjero	80%	80%	90%	90%
Reembolso a partir de 65 años	50%	50%	50%	50%
Límites parciales				
Límite anual Asistencia Extrahospitalaria	7.500 Euros	15.000 Euros	30.000 Euros	60.000 Euros
Límite Consulta Medicina General, Pediatría y ATS	35 Euros	90 Euros	150 Euros	—
Límite Consulta resto Especialidades	90 Euros	195 Euros	300 Euros	—
Límite anual Rehabilitación	1.500 Euros	1.500 Euros	3.000 Euros	3.000 Euros
Límite anual Ambulancia	600 Euros	900 Euros	1.500 Euros	3.000 Euros
Límite anual Odontostomatología	250 Euros	250 Euros	400 Euros	400 Euros
Límite por consulta Psicología	35 Euros	90 Euros	150 Euros	150 Euros
Límite anual Psicología/Psiquiatría	3.000 Euros	3.000 Euros	5.000 Euros	5.000 Euros
Límite de consultas Psicólogo	4 mes/20 año	4 mes/20 año	4 mes/20 año	4 mes/20 año
Límite anual Asistencia Hospitalaria	42.500 Euros	135.000 Euros	270.000 Euros	540.000 Euros
Límite diario Gastos Estancia Hospital de día	150 Euros	200 Euros	350 Euros	500 Euros
Límite diario Gastos Estancia Hospital (no UVI/UCI)	150 Euros	300 Euros	450 Euros	600 Euros
Límite diario por Gastos de Estancia en UVI/UCI	300 Euros	600 Euros	—	—
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 0	500 Euros	750 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 1	500 Euros	750 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 2	1.250 Euros	1.875 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 3	1.250 Euros	1.875 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 4	2.750 Euros	4.125 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 5	2.750 Euros	4.125 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 6	4.500 Euros	6.750 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 7	4.500 Euros	6.750 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por intervención Quirúrgica Grupo 8	6.000 Euros	9.000 Euros	27.000 Euros	54.000 Euros
Límite por parto	1.500 Euros	2.500 Euros	4.000 Euros	7.200 Euros
Límite por cesárea o parto múltiple	2.000 Euros	3.000 Euros	5.000 Euros	7.200 Euros
Límite anual enfermedades congénitas neonato	6.000 Euros	6.000 Euros	10.000 Euros	10.000 Euros
Límite anual para material de Prótesis	1.500 Euros	3.000 Euros	6.000 Euros	12.000 Euros
Límite de días por Hospitalización Médica o Quirúrgica	365 días	365 días	365 días	365 días
Límite de días por Hospitalización Psiquiátrica	60 días	60 días	60 días	60 días
Límite anual Diagnóstico y Tratamientos	42.500 Euros	135.000 Euros	270.000 Euros	540.000 Euros
Límite anual Medicina Preventiva	500 Euros	500 Euros	1.000 Euros	1.000 Euros

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

Capital Asegurado

Es el capital máximo asegurado a rembolsar, 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 rembolsar toma como base el importe pagado por el Asegurado a cambio del servicio recibido. Con carácter general, tanto para los servicios prestados en España como para los prestados en el Extranjero, se procederá a rembolsar el porcentaje determinado en las Condiciones Especiales de dicho importe, con los límites establecidos, según la naturaleza del gasto.

A partir de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, se procederá a reembolsar el 50% del importe pagado por el Asegurado, con los límites establecidos, según la naturaleza del gasto.

Asistencia Extrahospitalaria

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:

- **Medicina General y Pediatría.**

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.

- **Resto especialidades médicas.**

Cubre el reembolso de las consultas de los especialistas recogidos 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 al Asegurado con el fin de establecer el diagnóstico y tratamiento.

- **Rehabilitación y fisioterapia.**

El capital asegurado máximo a rembolsar por la cobertura de los gastos derivados de la rehabilitación y/o fisioterapia recogida en el apartado Especialidades Médicas y Quirúrgicas de las Condiciones Generales de la Póliza es por Asegurado y año, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

- **Servicio de ambulancia.**

Cubre el reembolso del servicio de ambulancia recogido en el apartado Especialidades Médicas y Quirúrgicas de las Condiciones Generales de la Póliza.

El capital asegurado máximo a rembolsar por la cobertura de ambulancia es por Asegurado y año, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

- **Odontoestomatología.**

El capital asegurado máximo a rembolsar por la cobertura de odontoestomatología recogida en el apartado Especialidades Médicas y Quirúrgicas de las Condiciones Generales de la Póliza es por Asegurado y año, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

- **Asistencia psiquiátrica y psicológica.**

El capital asegurado máximo a rembolsar por la cobertura de los gastos derivados de la asistencia psiquiátrica y psicológica extrahospitalaria es por Asegurado y año, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Se cubre, además, 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. El límite de capital de reembolso por consulta psiquiátrica corresponde al establecido para las consultas del resto de especialidades médicas, siendo igualmente de aplicación la franquicia prevista con anterioridad.

Asistencia hospitalaria

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

- **Gastos de estancia en clínica u hospital.**

El capital asegurado máximo incluye el reembolso abonable por uso de habitación del Asegurado y su manutención, utilización de quirófano, material, medicamentos y demás gastos derivados de la hospitalización excepto los honorarios médicos por intervención quirúrgica que se detallan más adelante y los gastos por pruebas diagnósticas y tratamientos especiales que también tiene sus propios límites. Cubre, además, la cama para el acompañante, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

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

Para las opciones de reembolso Generali Salud Elección 50 y Generali Salud Elección 150, la intervención 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 (www.cgcom.org), no abonándose para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestelistas 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.

Para las opciones de reembolso Generali Salud Elección 300 y Generali Salud Elección 600, existe un único límite por intervención, con independencia del grupo que corresponda, para el conjunto de los honorarios satisfechos a cirujanos, ayudantes, anestesistas y cualesquiera otros profesionales. Dicho capital se recoge en la tabla de capitales, límites y franquicias, siendo de aplicación la franquicia prevista en la misma.

Cuando al Asegurado se le practiquen varias intervenciones en un mismo ingreso en quirófano, **el límite máximo de reembolso será el correspondiente a la suma del límite de la intervención del grupo mayor más el 50% de los límites de cada una de las restantes intervenciones realizadas.**

- **Maternidad.**

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

Se diferencian dos capitales asegurados máximos a reembolsar por este concepto: uno en caso de parto simple y otro en caso de parto múltiple o de cesárea. En estos importes se incluyen todos los gastos causados durante el ingreso, como visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, comadrona y ayudantes, anestesistas y cualquier gasto hospitalario, 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 de lo establecido en el resto de apartados de la Póliza.

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

- **Enfermedades congénitas del neonato.**

Cubre el reembolso, durante el primer año de vida del Asegurado, de los gastos por la asistencia hospitalaria y/o extrahospitalaria para la cobertura de enfermedades congénitas de recién nacidos, dados de alta en la póliza con fecha de efecto la de su nacimiento, siempre y cuando se solicite el alta en los 15 días naturales siguientes al mismo y que la madre tenga derecho a la prestación del parto en la póliza.

El capital asegurado máximo a reembolsar es por Asegurado, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Por lo tanto, en caso de Enfermedades congénitas no procederá reembolso alguno de lo establecido en los restantes apartados.

- **Prótesis.**

Se incluye el reembolso del material de osteosíntesis interno y de las siguientes prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de cadera, by-pass vascular, prótesis internas traumatológicas, prótesis mamaria en la cirugía de reconstrucción de la mama tras mastectomía radical a consecuencia de cáncer de mama y la lente intraocular en la cirugía de la catarata.

El capital asegurado máximo a reembolsar por este concepto es por Asegurado y año siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Por lo tanto, el gasto correspondiente a estas prótesis no se incluye en lo establecido en el apartado "Gastos de estancia en clínica u hospital".

- **Límite de duración de la hospitalización.**

El límite de duración de la hospitalización será de 365 días en los casos de hospitalización quirúrgica o médica. El límite de duración de la hospitalización psiquiátrica es de 60 días por Asegurado y año.

Pruebas diagnósticas y tratamientos especiales

Se cubre el reembolso de las pruebas diagnósticas y tratamientos especiales contemplados en el apartado Especialidades Médicas y Quirúrgicas de las Condiciones Generales de la Póliza.

Para pruebas diagnósticas y tratamientos especiales, el límite máximo es por Asegurado y año para el conjunto de los mismos cualesquiera que sean, siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

Medicina Preventiva

Se cubre el reembolso de los gastos médicos correspondientes a las pruebas establecidas en los programas de medicina preventiva recogidos en las Condiciones Generales de la Póliza y en la Guía Práctica del Asegurado y Servicios Complementarios. El capital máximo asegurado por este concepto es por Asegurado y año siendo de aplicación la franquicia prevista en la tabla de capitales, límites y franquicias.

f) Indemnización por Hospitalización 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 Generali Salud Elección 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 dicha guía.

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 sin cobertura en la Póliza.

4. Revalorización de Capitales

Para todas las garantías contratadas en la póliza, 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. Coberturas especiales de Generali Salud Elección

A continuación se detallan las coberturas especiales que recoge el seguro de Asistencia Sanitaria con Reembolso Generali Salud Elección:

a) 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 permanencia en la póliza de cada uno de ellos sea de 24 meses a contar desde la incorporación de esta cobertura en la póliza.
- 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 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 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.

b) Psicología

En la garantía de Asistencia Primaria tanto mediante servicios concertados o como mediante reembolso de gastos, 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.

c) Oxigenoterapia, Aerosolterapia y Ventiloterapia

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

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

6. ¿Cómo se utiliza Generali Salud Elección?

La forma de utilizar los servicios que ofrece **Generali Salud Elección** dependerá del tipo de prestación requerida:

- **Asistencia Primaria, Especialidades Médicas y Quirúrgicas, Medicina Preventiva.**

Para estas garantías los servicios se prestarán de acuerdo a lo acogido en las Condiciones Generales, bien a través de los profesionales y centros concertados de Generali Salud, bien mediante el sistema de Reembolso de Gastos Médicos, por lo que el Asegurado de una forma u otra, siempre podrá acudir a los servicios médicos y quirúrgicos que elija.

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 utilizan los servicios concertados escogiendo el profesional del Cuadro Médico al que se desea acudir y citándose 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 de 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 Gastos Médicos:** el Asegurado podrá acceder a los servicios que él elija en todo el mundo, dentro de las coberturas, capitales, límites, franquicias y con los periodos de carencia indicados en la póliza.

Para solicitar el reembolso de gastos el asegurado debe hacer 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.

- **Indemnización por Hospitalización 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, Generali Seguros 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.

7. ¿Qué datos se necesitan para contratar Generali Salud Elección?

Los datos necesarios para la contratación de una póliza de Generali Salud Elección 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, sexo y domicilio de los asegurados.
- Domiciliación bancaria del pago de los recibos
- Cuestionario de Salud debidamente cumplimentado y firmado por todos y cada uno de los asegurados.

8. 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.

9. 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 Elección**.

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 deberá realizarse por Reembolso de Gastos Médicos mediante los profesionales que el Asegurado elija.

Los Asegurados deben residir más de 180 días en España, en la solicitud se debe indicar cuanto tiempo van a estar fuera de España durante el año, si este período es superior a 90 días e inferior a 180 días la prima tendrá un recargo del 30%.

d) Contratación familiar.

La póliza es de contratación familiar, siendo ésta una norma básica de selección de riesgos, por lo que deben 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.

10. Duración del Seguro

La póliza de Generali Salud Elección 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.**

11. 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 Elección.

12. Documentación

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

- Condiciones Generales, Condiciones Especiales de la modalidad contratada y Condiciones Particulares
- Hojas de Solicitud de Reembolso de Gastos e Indemnización
- Guía Práctica del Asegurado

Posteriormente, por correo, recibirá:

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

13. Tarjeta Generali Salud

A cada asegurado de Generali Salud Elección 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 Elección, 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 nuestro 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.

14. Períodos de carencia

Las pólizas de Asistencia Sanitaria con Reembolso, como Generali Salud Elección, 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 períodos de tiempo, denominados "períodos de carencia", en Generali Salud Elección 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 3.d. 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 la urgencia vital.

En caso de que el asegurado provenga de otra entidad, con coberturas similares, se procede a no aplicar los períodos 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