

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.Mediobanca - ed. 05/2015)

PREVIGEN ASSISTENZA/ GRUPPO MEDIOBANCA
NUMERO POLIZZA 361111048

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- Nota informativa, comprensiva del glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



Data ultimo aggiornamento: 30/04/2015

Nota Informativa

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

Mod. M85/854.Mediobanca - ed. 05/2015 – Pagina 1 di 9

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

- Pagina bianca

GLOSSARIO

Annualità assicurativa	Si intende per annualità assicurativa il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Centrale Operativa Medica	<i>La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.</i>
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Difetto fisico	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da: Dipendenti della Contraente, coniuge e figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati), gli affiliati e gli affidati, fiscalmente a carico, anche non conviventi. Si precisa che sono considerati fiscalmente a carico: il coniuge non legalmente ed effettivamente separato, i figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati) gli affidati e gli affiliati minori di età o permanentemente inabili al lavoro; i figli di età non superiore a 30 anni dediti agli studi o a tirocinio gratuito; i figli maggiorenni che convivono con l'iscritto, se non hanno posseduto un reddito proprio per un ammontare superiore a quello annualmente fissato dalla legge.

	Si precisa che in caso di nuova assunzione il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico solamente se l'adesione viene fatta entro un mese dall'assunzione. In analogia, entro un mese in caso di matrimonio o convivenza comprovata da certificato di stato di famiglia il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Protesi	Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	E' il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.

A. INFORMAZIONI GENERALI

1) Impresa di assicurazione

GENERALI ITALIA S.p.a., appartenente al gruppo Generali.

La sede legale è in Via Marocchessa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA.

Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com.

L'impresa di assicurazione è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero n. 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto al 31/12/2014: 11.717,211 milioni di euro di cui 1.618,628 relativi al capitale sociale e 9.322,025 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità della gestione danni: 4,11 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)¹.

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 30 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.2 delle condizioni di assicurazione.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto garantisce agli Assicurati una copertura per il rimborso delle spese mediche per:

- Intervento chirurgico con ricovero, Day Hospital o Ambulatoriale
- Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico
- Extraricovero
- Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio
- Cure oncologiche
- Cure e terapie dentarie
- Lenti correttive

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, *operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza*, si rinvia agli articoli del Capitolo 4 "Garanzie" delle condizioni di assicurazione e a quanto indicato nell'Allegato 1.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni ed esclusioni sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli articoli 1.1 (Pagamento del premio) e 2.4 (Esclusioni) delle condizioni di assicurazione.

¹ I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

In particolare, si rinvia:

- agli articoli 3.5 (Somme assicurate, Scoperto, Franchigia) e 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9 e 4.10 delle condizioni di assicurazione;
- all'Allegato 1 di polizza.

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di massimale

Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche di euro 100.000,00.

Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 50.000,00: indennizzo integrale.

Secondo sinistro occorso nella stessa annualità assicurativa con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 60.000,00: indennizzo pari a euro 50.000,00. (Massimale residuo dopo il primo sinistro euro 100.000,00-50.000,00 = euro 50.000,00. Anche se nel secondo sinistro sono stati spesi euro 60.000,00 ne verranno rimborsati solo euro 50.000,00 che corrispondono al massimale residuo per l'annualità assicurativa in questione).

Esempio di scoperto

Scoperto del 20% per la garanzia Rimborso spese extraricovero.

Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.

L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 400,00 (500,00-100,00: dove 100,00 rappresenta il 20% delle spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza).

Esempio di franchigia

Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.

Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede un limite massimo di età di 75 anni. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare all'art. 2.3 "Permanenza in assicurazione - limiti di età" delle condizioni di assicurazione.

4) Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie non sussistono periodi di tempo - carenze - prima che le stesse siano operanti.

5) Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'art. 1.3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni) delle condizioni di assicurazione.

6) Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 2.2 "Persone non assicurabili" delle condizioni di assicurazione.

L'Assicurazione vale fino al permanere del rapporto di lavoro tra Assicurato e Contraente, qualora l'Assicurato non presti più servizio presso il Contraente, l'assicurazione cessa nei suoi confronti con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Qualora un Assicurato cambi inquadramento professionale e la nuova qualifica non sia più assimilabile alla categoria professionale indicata in contratto, l'assicurazione cessa nei suoi confronti con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla variazione.

Esempio:

L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da tossicodipendenza. In base a quanto previsto dall'art. 2.2 "Persone non assicurabili" delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

7) Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio. Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

E' comunque rimessa agli intermediari la facoltà di accettare dal Contraente assegni bancari e/o postali a titolo di versamento dei premi assicurativi, purché muniti della clausola di non trasferibilità ed intestati a Generali Italia S.p.A.

Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base della numerosità degli Assicurati;
- sulla base di specifiche valutazioni di carattere commerciale.

8) Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

9) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto prevede per la Società e per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto stesso nei casi previsti dalla legge. Per i termini e modalità di esercizio si rinvia alle norme del Codice Civile.

10) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

11) Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12) Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'importo del premio versato, ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13) Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che:

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data del ricovero;
- la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato non appena ne ha avuto possibilità, corredata dalla necessaria documentazione medica;
- la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia agli articoli del Capitolo 3 "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione.

14) Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: l'Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica. Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga dell'assistenza diretta, il rimborso potrà essere effettuato con applicazione di uno scoperto.

Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia all'art. 3.6 delle condizioni di assicurazione.

L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate per l'Assicurato con la presente polizza è disponibile sul sito www.generali.it.

15) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com.

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad Ivass può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

16) Arbitrato e Mediazione

Per la soluzione di controversie relative a questioni mediche in merito a sinistri infortuni e malattie è facoltà di entrambe le Parti di avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'arbitrato sarà la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 3.3 delle condizioni di assicurazione.

L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV)

e-mail: generaliitalia@pec.generaligroup.com

Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione)

Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma


Fax 06.44.494.313

e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

* * *

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**Generali Italia S.p.A.
Amministratore Delegato e Direttore Generale
Dott. Philippe Donnet**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Donnet', with a horizontal line extending to the right.

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

Mod. M85/854.Mediobanca - ed. 05/2015 – Pagina 1 di 25

|

- Pagina bianca

1. NORME COMUNI

Art. 1.1) Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto e sono dovuti alle scadenze delle annualità assicurative successive alla prima come specificato all'art. 1.6 "Regolazione del premio".

Art. 1.2) Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della data di scadenza, il contratto è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

Art. 1.3) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 1.4) Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.5) Obblighi del Contraente

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.

Art. 1.6) Regolazione del premio

Entro il 30° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- relativamente alla nuova annualità assicurativa, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché la Società possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio minimo;
- relativamente all'annualità trascorsa, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Per la regolazione del premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 60% del premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni la Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il

suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri paga.

Neoassunti

Per i neoassunti si conviene tra le parti che la garanzia avrà effetto dal momento dell'assunzione.

Per il personale con qualifica di Dirigente che risulta iscritto al F.A.S.I./F.A.S.D.A.C., la garanzia varrà per le spese sostenute in eccedenza all'onere a carico dei suddetti Enti restando convenuta l'obbligatorietà da parte dell'Assicurato di presentare le richieste di rimborso preventivamente ai suddetti Enti.

Familiari fiscalmente non a carico purché conviventi:

E' data facoltà al dipendente, con premio a proprio carico, di poter comprendere in garanzia:

1. il coniuge fiscalmente non a carico purché non legalmente separato o divorziato;
2. il coniuge di fatto risultante dallo stato di famiglia, o da dichiarazione dell'iscritto, se titolare di redditi propri per un ammontare complessivamente superiore a quello annualmente fissato dalla legge;
3. i figli celibi o nubili (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati), gli affiliati e gli affidati, non fiscalmente a carico ma conviventi con uno dei due genitori;
4. i figli celibi o nubili (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati), gli affiliati e gli affidati del coniuge, anche di fatto, non legalmente separato purché conviventi con l'iscritto;

Il dipendente che intende esercitare tale facoltà deve obbligatoriamente comprendere in garanzia tutti i familiari di cui sopra non a carico risultanti dallo stato di famiglia.

L'obbligo di cui al comma che precede non sussiste:

- per quei familiari che comprovino di essere autonomamente beneficiari di altre forme di assistenza integrativa;
- nel caso di coniugi entrambi dipendenti che intendono includere separatamente i figli purché tutti i figli medesimi vengano comunque inclusi.

Ai fini dell'operatività della garanzia il Contraente deve far pervenire l'elenco degli Assicurati contestualmente al pagamento del relativo premio.

Per i neoassunti la comunicazione dovrà pervenire entro il 30 del mese successivo a quello di assunzione e il premio verrà corrisposto nella misura del 100%, se l'inclusione avviene nel 1° semestre e del 60%, se l'inclusione avviene nel 2° semestre.

Il dipendente assunto dopo il 30 giugno 2011 potrà estendere la copertura assicurativa ai familiari non a carico entro un mese dalla data di assunzione.

Il dipendente con familiari non a carico in copertura nell'annualità 2010/2011 dovrà confermare l'adesione alla polizza entro e non oltre il 31/08/2011.

Il dipendente in servizio precedentemente al 30 giugno 2011 che desidera estendere la copertura ai familiari non a carico non assicurati nell'annualità 2010/2011 dovrà chiederne l'adesione entro e non oltre il 31 agosto 2011. Per tali assicurati le garanzie previste in polizza non operano relativamente alle spese sostenute in conseguenza di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della data di adesione. Sono inoltre escluse le spese sostenute in dipendenza di stato di gravidanza in atto al momento dell'adesione, comprese le spese per il parto.

Il dipendente che non rinnova la copertura per i familiari non a carico perde la possibilità di chiederne l'adesione nelle annualità successive.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1) Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Art. 2.3) Limiti di età – Permanenza in assicurazione

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Per i dipendenti che interrompono il rapporto di lavoro con l'azienda per motivi diversi dalla quiescenza la copertura cesserà immediatamente in coincidenza con la data di cessazione.

Per i rispettivi familiari fiscalmente non a carico l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Art. 2.4) Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- b) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- c) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- d) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- e) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio o malattia e quelli per i neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- g) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1) Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- 2) allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- 3) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 3.2) Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione degli originali delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali. Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

Art. 3.3) Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 3.4) Documentazione fiscale – Rimborso da enti

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti enti.

La Società restituisce all'Assicurato le notule, distinte, fatture e ricevute relative ai pagamenti effettuati.

Art. 3.5) Somme assicurate – scoperto e franchigia

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

Art. 3.6) Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono rivolgersi per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (allegato 2).

Rete Pronto-Care

Generali Italia, in collaborazione con Pronto-Care, hanno studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di studi odontoiatrici convenzionati nei quali gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia di cui all'articolo 4.5 lett.e), secondo le modalità operative illustrate dalla Procedura Operativa (allegato 3), che forma parte integrante del presente contratto.

4. GARANZIE

Art. 4.1) Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico (intendendosi per tale anche la litotripsia per calcolosi renale e colicistica, la crioterapia e l'applicazione di apparecchi gessati o altro mezzo inamovibile che comporti una immobilizzazione rigida), **effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio** per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'Allegato 1 lettera B.2, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%; tale limite non è operante in caso di Day Hospital con intervento;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 105 e con un massimo di giorni 45 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.

B) in caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'Allegato 1 lettera B.3, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%; tale limite non è operante in caso di Day Hospital senza intervento;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 105 e con un massimo di giorni 45 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.

C) in caso di gravidanza, parto ed aborto terapeutico o spontaneo:

C1) periodo di gravidanza:

- a) l'amniocentesi o la villocentesi o l'Armony Prenatal Test, nella misura indicata nell'Allegato 1 lettera B.3;
- b) gli onorari medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici nella misura e con il massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.3;

C2) in caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite indicato all'Allegato 1 lettera B.3, per:

- a) onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;

- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- c) rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'Allegato 1 lettera B.3, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%;
- d) vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 105 e con un massimo di giorni 45 per annualità assicurativa;
- e) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero;
- f) trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.

C3) in caso di ricovero per parto cesareo, fino a concorrenza del limite fino a concorrenza del limite indicato all'Allegato 1 lettera B.2, per:

- a) onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- c) rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'Allegato 1 lettera B.2, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%;
- d) vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 105 e con un massimo di giorni 45 per annualità assicurativa;
- e) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero;
- f) trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.

C4) in caso di ricovero per aborto terapeutico o spontaneo, per :

- a) onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- c) rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'Allegato 1 lettera B.2, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%;
- d) esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero;
- e) vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 105 e con un massimo di giorni 45 per annualità assicurativa;
- f) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero;
- g) trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.

D) garanzia per i neonati:

le cure e gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza del massimale indicato all'Allegato 1 lettera B.2 e B.3 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare in base a quanto indicato all'Allegato 1 lettera A.1.

Il rimborso delle spese avviene previa applicazione di scoperti e franchigie per ricovero o intervento in base a quanto indicato all'Allegato 1 lettera B.2 e B.3.

La limitazione sulla spesa per la retta di degenza e lo scoperto con i relativi importi minimi e massimi non si applicano in caso di convenzionamento diretto della struttura sanitaria e dell'èquipe medica, come riportato nella Guida al servizio allegato 2.

Art. 4.2) Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero, escluso il Day Hospital, avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale – esclusi eventuali ticket – la Società corrisponderà una indennità sostitutiva.

L'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta è indicato nell'Allegato 1 lettera B.4.

Le eventuali spese collegate al ricovero saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società secondo le modalità riportate nell'Allegato 1 lettera B.4.

Art. 4.3) Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell' 80% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Art. 4.4) Rimborso spese extraricovero

La Società rimborsa le spese sostenute per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, esclusi quelli relativi alla gravidanza anche se non collegate a ricovero fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.5 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera A.1.

L'elenco esaustivo delle prestazioni rimborsabili e l'indicazione dei relativi massimali sono riportati nell'Allegato 1 lettera B.5.

Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo indicato nell'Allegato 1 lettera B.5.

Si intendono inoltre compresi i trattamenti fisioterapici, massaggi terapeutici a seguito di infortuni, su certificazione e prescrizione medica, per un periodo massimo di 90 giorni dall'infortunio.

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera B.5 .

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica.

Art. 4.5) Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- a) onorari dei medici per visite specialistiche (escluse le odontoiatriche ed ortodontiche), cure fisioterapiche intendendosi per tali quelle prescritte da medico ortopedico o fisiatra, eseguite da persone iscritte all'albo professionale riconosciuto dagli Elenchi delle Arti e Professioni Sanitarie;"
- b) altre terapie: psicoterapia: la società rimborsa le spese sostenute per colloqui continuativi prescritti dal medico specializzato in psichiatria, in neuropsichiatria o specialista in psicologia medica;
- c) logopedia;
- d) medicinali prescritti dal medico curante;
- e) cure dentarie, radiografie, estrazioni, protesi dentarie;
- f) apparecchi ortodontici.

La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale e dei sottolimiti indicati nell'Allegato 1 lettera B.6, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera A.1.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione, che rimane a carico dell'Assicurato, come indicato nell'Allegato 1 lettera B.6. Le spese di cui alle lettere e) ed f) vengono gestite dal network Pronto-Care con le modalità descritte nell'Allegato 1 lettera B.6.

Art. 4.6) Estensione di garanzia per le malattie oncologiche e cardiache

La Società rimborsa, inoltre, fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.7 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera A.1, le spese sostenute per visite mediche, esami, accertamenti diagnostici, cure, trattamenti, terapie (ivi comprese la chemioterapia e cobaltoterapia) e medicinali, prescritti dal medico, relativi ad affezioni oncologiche diagnosticate.

Si intendono altresì rimborsati i trattamenti fisioterapici e rieducativi post ricovero per malattie cardiache e vascolari, per un periodo massimo di 90 giorni successivi al termine del ricovero.

Art. 4.7) Lenti ed occhiali

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali esclusivamente a seguito di certificazione medica, rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.8 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare come indicato nell'Allegato 1 lettera A.1.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia sull'importo della fattura, come indicato nell'Allegato 1 lettera B.8.

Art. 4.8) Diagnostica preventiva

La società rimborsa le spese relative ad una sola visita ginecologica (comprensiva dei relativi accertamenti: pap-test, ecografia mammaria, ecografia pelvica e transvaginale, mammografia) e le spese relative ad una sola visita urologica (comprensiva dei relativi accertamenti) fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.9 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare come indicato nell'Allegato 1 lettera A.1.

Art. 4.9) Check up

Ciascun Dipendente potrà effettuare in regime di convenzionamento diretto presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, la Casa di cura Paideia di Roma, la Casa di cura Mater Dei di Roma o la Casa di Cura Santa Maria di Bari – come disciplinato dalla guida al servizio che forma parte integrante del seguente contratto - un Check-up che prevede i seguenti accertamenti diagnostici personalizzati per donna e uomo.

Il check up avrà cadenza biennale fino a 40 anni compiuti e annuale dal compimento del 41° anno.

I nuovi assunti di età inferiore o pari a 30 anni potranno sottoporsi al check up per la prima volta solo dopo 24 mesi dalla data di assunzione.

In alternativa la spesa sostenuta per il check – up di cui alla presente garanzia verrà rimborsata entro il limite indicato nell'Allegato 1 lettera B.10.

Donna

Visita internistica + relazione finale

Visita cardiologia + ECG

Ecocolordoppler TSA (over 45)

Visita dermatologica con dermatoscopia

Visita ginecologica con obiettività mammaria e pap test

Mammografia (over 40) ogni 2 anni e (over 50) ogni anno

Ecografia mammaria bilaterale (over 40)

Ecografia addominale completa

Ecografia tiroide (over 45) ogni 2 anni

Esami di laboratorio

Anticorpi anti epatite C

Antigene Australia HBsAC

Azotemia

Colesterolo HDL — LDL — totale
Creatininemia
Elettroforesi sieroproteine
Emocromo + formula + piastrine
Esame urine completo
Ferritina
GGT (Gamma- glutamil-transferasi)
GOT/GPT
Glicemia (qualora non richiesta dall'internista ed in presenza di valori glicemici superiori a 126 mg% verrà eseguito automaticamente dal laboratorio analisi il dosaggio dell'emoglobina glicata)
Pt/Ptt
Sangue occulto nelle feci (Hemmocult)
Trigliceridi
Urato nel sangue - uricemia
VDRL

Uomo

Visita internistica + relazione finale
Visita cardiologia + ECG
Ecocolordoppler TSA (over 45)
Visita dermatologica con dermatoscopia
Visita urologica
Ecografia addominale completa
Ecografia tiroide (over 45) ogni 2 anni
Esami di laboratorio
Anticorpi anti epatite C
Antigene Australia HBsAC
Azotemia
Colesterolo HDL — LDL — totale
Creatininemia
Elettroforesi sieroproteine
Emocromo + formula + piastrine
Esame urine completo
GGT (Gamma- glutamil-transferasi)
GOT/GPT
Glicemia (qualora non richiesta dall'internista ed in presenza di valori glicemici superiori a 126 mg% verrà eseguito automaticamente dal laboratorio analisi il dosaggio dell'emoglobina glicata)
PSA Reflex - specifico + libero (over 45Y)
Pt/Ptt
Sangue occulto nelle feci (Hemmocult)
Trigliceridi
Urato nel sangue
VDRL

Art. 4.10) Aumento somma assicurata per Interventi Chirurgici determinati

In caso di ricovero che abbia comportato un Intervento Chirurgico tra quelli indicati nell'elenco di seguito riportato, il massimale della garanzia "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche" deve intendersi raddoppiato. In tale caso gli eventuali scoperti e franchigie sono indicati nell'Allegato 1 lettera B.1.

Elenco Grandi Interventi Chirurgici da considerarsi tassativo

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica

- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
- * Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- * Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- * Correzione impianto anomalo coronarie
- * Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- * Correzione canale atrioventricolare completo
- * Finestra aorto-polmonare
- * Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con "debanding"
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
 - * Sostituzioni valvolari multiple
 - * By-pass aortocoronarici multipli
 - * Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
 - * Aneurismi aorta toracica
 - * Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
 - * Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
 - * Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
 - * Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
 - * Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale

- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- Discoctomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti

Art. 4.11) Polizza ad adesione – ingresso in copertura

Ciascun assicurato aderisce alla presente polizza mediante la sottoscrizione del modulo di adesione (allegato 4) unitamente alla documentazione relativa alla valutazione di adeguatezza del contratto (allegato 5). La Contraente si impegna a consegnare e far sottoscrivere tali modelli che saranno quindi inoltrati dalla Contraente all'Agenzia per la loro conservazione.

ALLEGATO 1 alle Condizioni di Assicurazione (in vigore fino al 30.06.2020)

MEDIOBANCA – POLIZZA N. 361111048

Lettera A) assicurati e premio

A.1. Assicurati	<p>Dipendenti della Contraente, coniuge e figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati), gli affiliati e gli affidati, fiscalmente a carico, anche non conviventi.</p> <p>Si precisa che sono considerati fiscalmente a carico: il coniuge non legalmente ed effettivamente separato,</p> <p>i figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati) gli affidati e gli affiliati minori di età o permanentemente inabili al lavoro;</p> <p>i figli di età non superiore a 30 anni dediti agli studi o a tirocinio gratuito;</p> <p>i figli maggiorenni che convivono con l'iscritto;</p> <p>se non hanno posseduto un reddito proprio per un ammontare superiore a quello annualmente fissato dalla legge.</p> <p>In caso di nuova assunzione il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico solamente se l'adesione viene fatta entro un mese dall'assunzione.</p> <p>In analogia entro un mese in caso di matrimonio o convivenza comprovata da certificato di stato famiglia il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico.</p> <p>Durante il servizio militare di leva o il servizio civile, i figli degli iscritti continuano ad essere considerati a carico, eccezion fatta per il caso in cui percepiscano reddito proprio per un ammontare superiore a quello annualmente fissato dalla legge.</p>
------------------------	--

Lettera B) condizioni normative

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
B.1. Grandi interventi chirurgici	art. 4.10	€ 310.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> nessuno scoperto
B.2. Intervento con ricovero, Day Hospital o ambulatoriale , aborto terapeutico o spontaneo	art. 4.1 lettera A	€ 155.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> 10% con franchigia minima € 500,00 e massima € 1.035,00 ticket al 100%
- Retta di degenza		Limite giornaliero per retta di degenza € 210,00 (non operante per Day Hospital) spese eccedenti scoperto 50%	Intervento ambulatoriale <i>in rete:</i> franchigia di 100 € <i>fuori rete:</i> franchigia di 250 €
- Parto cesareo	Art. 4.1 lettera C.3	Sottomassimale € 15.550,00 per evento	

B.3. Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico	art. 4.1 lettera B	Limite giornaliero per retta di degenza € 210,00 (non operante per Day Hospital) spese eccedenti scoperto 50%	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> 10% con franchigia minima € 500,00 e massima € 1.035,00 ticket al 100%
- Retta di degenza			Lo scoperto non opera in caso di Day Hospital
- Parto senza taglio cesareo	Art. 4.1 lettera C2	Sottomassimale € 7.750,00 per evento	
- Periodo di gravidanza	art. 4.1 lettera C1		<u>Rete convenzionata NON prevista</u> <u>Scoperto:</u>
Amniocentesi o villocentesi o Armony Prenatal Test			20%, ticket al 100%
Onorari medici, esami ed accertamenti diagnostici		Sottomassimale € 1.035,00 per gravidanza	30%, ticket al 100%
B.4. Indennità sostitutiva	art. 4.2	€ 105,00 Fino al massimo di 300 giorni per annualità assicurativa (escluso il Day Hospital)	Spese collegate al ricovero <u>Scoperto</u> - ricovero con intervento o aborto terapeutico: nessuno scoperto - ricovero senza intervento: 10%, franchigia massima di € 5.150,00 per evento - parto con e senza taglio cesareo: 10%, franchigia massima di € 500 per evento
B.5. Extraricovero:	art. 4.4	€ 7.000,00	<u>Scoperto</u> <i>In rete</i> franchigia € 25,00 <u>Fuori rete</u> 20% con franchigia min € 50,00; ticket al 100%
Analisi ed esami diagnostici, Diagnostica radiologica (esclusa quella relativa a cure dentarie), Doppler, Laserterapia, Scintigrafia, Coronarografia, Angiografia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia, Agopuntura (purché effettuata da medico in possesso della relativa abilitazione), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Cistografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Dialisi, Ecografia, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Telecuore, Angiografia digitale, broncoscopia, Colonoscopia, Duodenoscopia, Gastroscoopia, Radionefrogramma, Rettoscopia, Mammografia, Ecocardiogramma, Ecodoppler, Colposcopia, Esofagoscopia, Pet cerebrale, uroflussometria, Test allergologici <i>di cui</i>			
Protesi ortopediche e apparecchi acustici		limitato a € 1.035,00	

B.6. Visite specialistiche (escluse odontoiatriche ed ortodontiche) e cure fisioterapiche	art. 4.5	€ 7.000,00	<u>Scoperto</u> In rete franchigia € 25,00 <u>Fuori rete</u> 20% con franchigia min € 50,00; ticket al 100%																																					
- Psicoterapia e logopedia	art. 4.5 lettera B e C																																							
- Medicinali	art. 4.5 lettera D	sottomassimale a € 750,00 (prezzo minimo per fustella superiore a € 250,00)																																						
- Cure dentarie	art. 4.5 lett. E ed F	sottomassimale a € 3.100,00 (di cui sottomassimale € 1.700,00 per apparecchi ortodontici)	<u>Rimborsi:</u>																																					
<table border="1"> <tr><td>Visite</td></tr> <tr><td>Igiene orale</td></tr> <tr><td>Visita emergenza</td></tr> <tr><td>Radiologia odontoiatrica</td></tr> <tr><td>Chirurgia</td></tr> <tr><td>Conservativa</td></tr> <tr><td>Endodonzia</td></tr> <tr><td>Parodontologia</td></tr> <tr><td>Protesi</td></tr> <tr><td>Ortognatodonzia</td></tr> <tr><td>Implantologia</td></tr> </table>	Visite	Igiene orale	Visita emergenza	Radiologia odontoiatrica	Chirurgia	Conservativa	Endodonzia	Parodontologia	Protesi	Ortognatodonzia	Implantologia			<table border="1"> <thead> <tr> <th>in rete</th> <th>Fuori rete</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>100%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>100%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>100%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>50%</td></tr> </tbody> </table>	in rete	Fuori rete	100%	0%	100%	0%	100%	80%	80%	70%	80%	70%	80%	70%	80%	70%	80%	70%	80%	70%	70%	50%	70%	50%	70%	50%
Visite																																								
Igiene orale																																								
Visita emergenza																																								
Radiologia odontoiatrica																																								
Chirurgia																																								
Conservativa																																								
Endodonzia																																								
Parodontologia																																								
Protesi																																								
Ortognatodonzia																																								
Implantologia																																								
in rete	Fuori rete																																							
100%	0%																																							
100%	0%																																							
100%	80%																																							
80%	70%																																							
80%	70%																																							
80%	70%																																							
80%	70%																																							
80%	70%																																							
80%	70%																																							
70%	50%																																							
70%	50%																																							
70%	50%																																							
B.7. Cure oncologiche e cardiache	art. 4.6	€ 5.200,00	<u>Rete convenzionata NON prevista</u>																																					
B.8. Lenti e occhiali solo a seguito di modifica visus	art. 4.7	€ 600,00	<u>Rete convenzionata NON prevista</u> <u>Scoperto: 20%</u>																																					
B.9. Diagnostica preventiva	art. 4.8	€ 400,00	<u>Rete convenzionata NON prevista</u> Nessuno scoperto																																					
B.10. Check up	art. 4.9	€ 600,00	Nessuno scoperto																																					

Lettera E) integrazione FASI / FASDAC

Le garanzie di cui alla presente assicurazione sono prestate ad integrazione del seguente Fondo di assistenza sanitaria cui aderisce l'Assicurato: FASI / FASDAC.

Pertanto la garanzia varrà per le spese sostenute in eccedenza all'onere a carico del suddetto ente di assistenza, senza applicazione di franchigia.

Nel caso in cui lo stesso rifiuti di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado queste rientrino fra quelle previste dal proprio regolamento ed indennizzabili a termini di contratto, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti il regolamento stesso, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dal relativo tariffario.

Nel caso in cui le spese sostenute non rientrino fra quelle previste dal regolamento del suddetto Ente e risultino invece indennizzabili a termini di contratto, la Società darà corso al rimborso con le franchigie e gli scoperti previsti dal contratto stesso.

Qualora l'assicurazione sia prestata per nucleo familiare, a parziale deroga di quanto previsto nelle Definizioni contrattuali, per tale deve intendersi l'insieme dei familiari dell'Assicurato aderente, come previsto dal regolamento dell'ente, nei confronti dei quali siano operanti le prestazioni dell'ente stesso.

ALLEGATO 1 bis alle Condizioni di Assicurazione (a decorrere dal 01.07.2020)

MEDIOBANCA – POLIZZA N. 361111048

Lettera A) assicurati

<p>A.1 Assicurati</p>	<p>Dipendenti della Contraente, coniuge e figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati), gli affiliati e gli affidati, fiscalmente a carico, anche non conviventi.</p> <p>Si precisa che sono considerati fiscalmente a carico: il coniuge non legalmente ed effettivamente separato,</p> <ul style="list-style-type: none"> i figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati) gli affidati e gli affiliati minori di età o permanentemente inabili al lavoro; i figli di età non superiore a 30 anni dediti agli studi o a tirocinio gratuito; i figli maggiorenni che convivono con l'iscritto; <p>se non hanno posseduto un reddito proprio per un ammontare superiore a quello annualmente fissato dalla legge.</p> <p>In caso di nuova assunzione il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico solamente se l'adesione viene fatta entro un mese dall'assunzione.</p> <p>In analogia entro un mese in caso di matrimonio o convivenza comprovata da certificato di stato famiglia il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico.</p> <p>Durante il servizio militare di leva o il servizio civile, i figli degli iscritti continuano ad essere considerati a carico, eccezion fatta per il caso in cui percepiscano reddito proprio per un ammontare superiore a quello annualmente fissato dalla legge.</p>
------------------------------	---

Lettera B) condizioni normative

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
B.1 Grandi interventi chirurgici	art. 4.10	€ 310.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> nessuno scoperto
B.2 Intervento con ricovero, Day Hospital o ambulatoriale , aborto terapeutico o spontaneo	art. 4.1 lettera A	€ 155.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> 10% con franchigia minima € 500,00 e massima € 1.035,00 ticket al 100%
- Retta di degenza		Limite giornaliero per retta di degenza € 210,00 (non operante per Day Hospital) spese eccedenti scoperto 50%	Intervento ambulatoriale <i>in rete:</i> franchigia di 100 € <i>fuori rete:</i> franchigia di 250 €
- Parto cesareo	Art. 4.1 lettera C.3	Sottomassimale € 15.550,00 per evento	
B.3 Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico	art. 4.1 lettera B		<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> 10% con franchigia minima € 500,00 e massima € 1.035,00 ticket al 100%
- Retta di degenza		Limite giornaliero per retta di degenza € 210,00 (non operante per Day Hospital) spese eccedenti scoperto 50%	Lo scoperto non opera in caso di Day Hospital
- Parto senza taglio cesareo	Art. 4.1 lettera C2	Sottomassimale € 7.750,00 per evento	
- Periodo di gravidanza	art. 4.1 lettera C1		<u>Rete convenzionata NON prevista</u> <u>Scoperto:</u>
Amniocentesi o villocentesi o Armony Prenatal Test			20%, ticket al 100%
Onorari medici, esami ed accertamenti diagnostici		Sottomassimale € 1.035,00 per gravidanza	30%, ticket al 100%

<p>B.4 Indennità sostitutiva</p>	<p>art. 4.2</p>	<p>€ 105,00 Fino al massimo di 300 giorni per annualità assicurativa (escluso il Day Hospital)</p>	<p>Spese collegate al ricovero <u>Scoperto</u> - ricovero con intervento o aborto terapeutico: nessuno scoperto - ricovero senza intervento: 10%, franchigia massima di € 5.150,00 per evento - parto con e senza taglio cesareo: 10%, franchigia massima di € 500 per evento</p>
<p>B.5 Extraricovero:</p> <p>Analisi ed esami diagnostici, Diagnostica radiologica (esclusa quella relativa a cure dentarie), Doppler, Laserterapia, Scintigrafia, Coronarografia, Angiografia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia, Agopuntura (purché effettuata da medico in possesso della relativa abilitazione), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Cistografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Dialisi, Ecografia, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Telecuore, Angiografia digitale, broncoscopia, Colonscopia, Duodenoscopia, Gastroscoopia, Radionefrogramma, Rettoscopia, Mammografia, Ecocardiogramma, Ecodoppler, Colposcopia, Esofagoscopia, Pet cerebrale, uroflussometria, Test allergologici <i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici</p>	<p>art. 4.4</p>	<p>€ 7.000,00</p> <p>limitato a € 1.035,00</p>	<p><u>Scoperto</u> <i>In rete</i> franchigia € 25,00</p> <p><u>Fuori rete</u> 30% con franchigia min € 70,00; ticket al 100%</p>

B.6 Visite specialistiche (escluse odontoiatriche ed ortodontiche) e cure fisioterapiche e logopedia	art. 4.5 lettera A e C	€ 7.000,00	<u>Scoperto</u> In rete franchigia € 25,00 <u>Fuori rete</u> 30% con franchigia min € 70,00; ticket al 100%																																			
- Psicoterapia	art. 4.5 lettera B	sottomassimale a € 500,00	<u>Scoperto</u> In rete 10 % <u>Fuori rete</u> 30% ; ticket al 100%																																			
- Medicinali	art. 4.5 lettera D	sottomassimale a € 750,00 (prezzo minimo per fustella superiore a € 250,00)																																				
- Cure dentarie	art. 4.5 lett. E ed F	sottomassimale a € 3.100,00 (di cui sottomassimale € 1.700,00 per apparecchi ortodontici)	<u>Rimborsi:</u>																																			
<table border="1"> <tr><td>Visite</td></tr> <tr><td>Igiene orale</td></tr> <tr><td>Visita emergenza</td></tr> <tr><td>Radiologia odontoiatrica</td></tr> <tr><td>Chirurgia</td></tr> <tr><td>Conservativa</td></tr> <tr><td>Endodonzia</td></tr> <tr><td>Paradontologia</td></tr> <tr><td>Protesi</td></tr> <tr><td>Ortognatodonzia</td></tr> <tr><td>Implantologia</td></tr> </table>	Visite	Igiene orale	Visita emergenza	Radiologia odontoiatrica	Chirurgia	Conservativa	Endodonzia	Paradontologia	Protesi	Ortognatodonzia	Implantologia			<table border="1"> <thead> <tr> <th>In rete</th> <th>Fuori rete</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>100%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>100%</td><td>0%</td></tr> <tr><td>100%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>80%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>70%</td><td>40%</td></tr> </tbody> </table>	In rete	Fuori rete	100%	0%	100%	0%	100%	80%	80%	60%	80%	60%	80%	60%	80%	60%	80%	60%	70%	40%	70%	40%	70%	40%
Visite																																						
Igiene orale																																						
Visita emergenza																																						
Radiologia odontoiatrica																																						
Chirurgia																																						
Conservativa																																						
Endodonzia																																						
Paradontologia																																						
Protesi																																						
Ortognatodonzia																																						
Implantologia																																						
In rete	Fuori rete																																					
100%	0%																																					
100%	0%																																					
100%	80%																																					
80%	60%																																					
80%	60%																																					
80%	60%																																					
80%	60%																																					
80%	60%																																					
70%	40%																																					
70%	40%																																					
70%	40%																																					
B.7 Cure oncologiche e cardiache	art. 4.6	€ 8.000	<u>Rete convenzionata NON prevista</u>																																			
B.8 Lenti e occhiali solo a seguito di modifica visus	art. 4.7	€ 600,00	<u>Solo in rete</u> <u>Scoperto: 20%</u>																																			
B.10 Check up	art. 4.9	€ 600,00	<u>Solo in rete</u>																																			

Lettera C) deroghe al contratto

C.1) Diagnostica Preventiva

L' art 4.8 si intende abrogato.

C.2) Visite specialistiche e Alta Diagnostica in rete

In caso di fruizione delle prestazioni di cui agli artt. 4.4 e 4.5 lettera a) su strutture quali Humanitas, San Raffaele, Gemelli, Campus Biomedico Roma e CDI la franchigia di € 25 sarà ridotta a 15 €.

C.3) Telemedicina

Attivazione del servizio di consulto medico a distanza con strutture abilitate. Le prestazioni saranno gestite in forma indiretta con applicazione di franchigia di € 25.

Lettera E) integrazione FASI / FASDAC

Le garanzie di cui alla presente assicurazione sono prestate ad integrazione del seguente Fondo di assistenza sanitaria cui aderisce l'Assicurato: FASI / FASDAC.

Pertanto la garanzia varrà per le spese sostenute in eccedenza all'onere a carico del suddetto ente di assistenza, senza applicazione di franchigia.

Nel caso in cui lo stesso rifiuti di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado queste rientrino fra quelle previste dal proprio regolamento ed indennizzabili a termini di contratto, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti il regolamento stesso, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dal relativo tariffario.

Nel caso in cui le spese sostenute non rientrino fra quelle previste dal regolamento del suddetto Ente e risultino invece indennizzabili a termini di contratto, la Società darà corso al rimborso con le franchigie e gli scoperti previsti dal contratto stesso.

Qualora l'assicurazione sia prestata per nucleo familiare, a parziale deroga di quanto previsto nelle Definizioni contrattuali, per tale deve intendersi l'insieme dei familiari dell'Assicurato aderente, come previsto dal regolamento dell'ente, nei confronti dei quali siano operanti le prestazioni dell'ente stesso.

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

La Rete delle “Strutture Convenzionate” con Generali Italia

Per “Rete” si intende l’insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con Generali Italia, alle quali l’Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito delle Generali Italia www.generali.it alla voce “Strutture Convenzionate” ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell’annualità assicurativa. L’ufficio Convenzioni provvede all’aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all’Assicurato un’informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

Accesso ai servizi ospedalieri (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

L’Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, possibilmente almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell’equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, contattando il numero **02 / 40959628**.

In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all’assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell’Assicurato, all’atto della telefonata è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della polizza
- recapito telefonico mobile - per l’invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- nominativo equipe medica

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l’assicurato trasmetta via fax allo 041 / 2598849 **la prescrizione medica con i seguenti elementi:**

- indicazione della prestazione da effettuare**
- diagnosi**
- anamnesi prossima e remota**
- referti esami strumentali**

La preventiva richiesta dell’assicurato, l’invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l’operatività del pagamento diretto**.

All’atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 48 ore successive** autorizza la struttura convenzionata (tramite l’invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l’Assicurato del buon esito della pratica.

All’atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l’Assicurato dovrà sottoscrivere l’apposita “lettera d’impegno”, documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dalla D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l’eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l’indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l’Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Accesso ai servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici / visite specialistiche se operante la relativa garanzia e attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e -in caso di visita specialistica- del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'assicurato.

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'assicurato.

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia gli originali delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.

NOTA

Qualora l'assicurato non attivi l'Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato Generali. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Procedura operativa “Pronto-Care” – Cure dentarie

Servizi erogati da Pronto-Care

- Accesso al Network e al Tariffario Pronto-Care
- Servizio di assistenza del Customer Care attraverso NUMERO VERDE
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Gestione degli appuntamenti
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzano un dentista appartenente al Network
- Controllo delle prestazioni erogate in conformità con il piano di rimborso
- Inserimento dei sinistri nel sistema informatico
- Reso della documentazione ai pazienti

Procedura

1. Per reperire il nominativo di un dentista l'Assistito può consultare l'elenco degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie specializzate aderenti al Network in Italia consultando il sito www.pronto-care.com, chiamando il **numero verde gratuito Pronto-Care 800 197 397**, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail: info@pronto-care.com.
L'Assistito che desidera richiedere l'affiliazione del proprio dentista, può inviare una e-mail con i dati dello studio a: affiliazioni@pronto-care.com. L'ufficio affiliazioni Pronto-Care contatta entro 7 giorni dalla richiesta lo Studio segnalato per proporre l'adesione al network.
2. L'Assistito può contattare direttamente la struttura selezionata per fissare l'appuntamento. Entro le 24 ore precedenti la visita, l'Assistito deve notificare a Pronto-Care, tramite l'apposito form del sito (o in alternativa via e-mail, fax o telefono) le seguenti informazioni:
 - Titolare di Polizza con relativa data di nascita
 - Nome e Cognome dell'Assistito
 - Studio odontoiatrico selezionato con relativo Comune e Provincia
 - Data e orario dell'appuntamentoPronto-Care provvede a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.
Nel caso in cui l'Assistito desideri che sia Pronto-Care a fissare l'appuntamento presso lo studio, può contattare Pronto-Care, attraverso l'apposito form del sito (oppure via e-mail, fax o telefono) per fornire le informazioni necessarie per l'identificazione ed esprimere le sue preferenze di date e fasce orarie. E' possibile richiedere un servizio di reminder attraverso il quale gli viene ricordata la data e l'orario della visita.
3. L'Assistito ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati. In ogni caso può fruire degli sconti previsti per tutte le prestazioni medico-sanitarie non comprese nell'elenco di cui al predetto Tariffario.
4. Lo studio odontoiatrico, prima di effettuare le prestazioni, deve contattare Pronto-Care per verificare se siano previste nel piano di rimborso.
5. Pronto-Care svolge ogni opportuna verifica e provvede tempestivamente a trasmettere all'Assistito e allo studio odontoiatrico una conferma attraverso il sito (oppure a mezzo fax, via e-mail o via posta) relativa alle prestazioni richieste dallo studio comprese nel piano di rimborso. Il documento elaborato da Pronto-Care presenta il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico dell'Assicurazione in conformità alle condizioni di polizza e la quota di scoperto a suo carico.
6. Una volta terminate le cure, lo studio odontoiatrico invia a Pronto-Care l'originale della fattura (oppure la copia, in base alle condizioni di polizza). Ogni singola prestazione è accompagnata dal relativo codice e da una breve descrizione. Pronto-Care verifica che le prestazioni eseguite e le tariffe applicate corrispondano a quelle riportate nel Tariffario e che le coperture siano corrispondenti alle condizioni di rimborso.
7. Gli Assistiti che utilizzano un dentista non appartenente al network Pronto-Care, devono far compilare l'apposito modulo di richiesta di rimborso dal medico curante ed inviarlo unitamente all'originale della fattura (o alla copia, in base alle condizioni di polizza) a:

Pronto-Care

Via Palestro 5/B - 22100 Como

Nel caso in cui la polizza ammetta la copia della fattura, l'Assistito può inoltrare la richiesta di rimborso online, accedendo al sito con proprie credenziali e compilando la sezione "Procedura fuori rete – Richiesta di rimborso fuori rete".

8. Effettuati gli opportuni controlli, Pronto-Care provvede ad inserire il sinistro nel sistema liquidativo. In caso contrario, Pronto-Care entro 30 giorni dalla ricezione della pratica, contatta l'Assistito/studio odontoiatrico per la notifica delle irregolarità e per richiedere, eventualmente, ulteriore documentazione.
9. Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, informa l'Assistito dell'avvenuta liquidazione attraverso una notifica via e-mail e provvede ad inviare la documentazione all'Assistito con il dettaglio della liquidazione.

