

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.GruppoMediobanca - ed. 05/2022)

PREVIGEN ASSISTENZA / MEDIOBANCA– 430362959



Data ultimo aggiornamento: 25/05/2022

ART. 1 DEFINIZIONI

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 GeneraSalute RSM (Mod. M85/854).
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata, quindi senza pernottamento.
Difetto fisico	La 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	Il periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. 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.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14.
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica, senza degenza, effettuata in ambulatorio o ambulatorio protetto, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con polipectomia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la 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	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	La 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.
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 a Generali Italia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Protesi	Il 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	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono prestazioni convenzionate il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dello Stato Italiano.

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

Sono Assicurati i 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.

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 famiglia il dipendente potrà estendere la copertura ai familiari non fiscalmente a carico.

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.



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e verificatisi nell'anno assicurativo.

Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi e/o nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del SSN.

Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal SSN per la prestazione effettuata Generali Italia rimborserà l'intero importo.

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

Art. 4.1 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 all'art.13, 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 espanto, 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.

In caso di parto con taglio cesareo Generali Italia rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 15.000,00 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato all'art.13, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%;
- 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, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero;
- le cure e gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

In caso ricovero per -aborto terapeutico o spontaneo Generali Italia rimborsa le seguenti spese:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato all'art.13, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero;
- 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, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.

Ci sono limiti di copertura

Le spese mediche sostenute per gli interventi chirurgici verrà sempre applicato lo scoperto e franchigia previsti per gli interventi chirurgici in rete (v. art. 13).

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

- 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 all'art.13, 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.

In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo Generali Italia rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 7.500,00 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato all'art.13, l'importo in eccedenza verrà rimborsato con l'applicazione di uno scoperto pari al 50%;
- 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, col massimo di € 2.070 per intervento o ricovero.
- le cure e gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

In caso di gravidanza Generali Italia rimborsa le seguenti spese:

- l'amniocentesi o la villocentesi o l'Armony Prenatal Test, nella misura indicata nell'art. 13;
- gli onorari medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici nella misura e con il massimale indicato nell'art. 13;

Art. 4.3 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sanitarie di cui ai precedenti artt. 4.1 e 4.2 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Le spese relative a vitto, pernottamento e trasporto sono riconosciute entro i limiti previsti nei precedenti artt. 4.1 e 4.2 senza applicazione di scoperti o franchigie.

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 .

Art. 4.4 Indennità sostitutiva

Che cosa è assicurato

Qualora il ricovero, escluso il Day hospital , avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate agli artt. 4.1 e 4.2 sono comunque oggetto di rimborso da parte di Generali Italia in base a quanto indicato agli art. 4.3 .

Ci sono limiti di copertura

Nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo sono indicati l'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta.

Art. 4.5 Anticipo

Che cosa è assicurato

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 sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

Art. 5 Diagnostica preventiva

Che cosa è assicurato

Generali Italia 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).

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Art. 6 Cure oncologiche e cardiache

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa 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.

Sono compresi in garanzia i protocolli rientranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA.

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.

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo. Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Esaurito il massimale le prestazioni indicate non potranno essere rimborsate in base ad altre garanzie eventualmente presenti nel contratto.

Art. 7 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero: Analisi ed esami diagnostici, Diagnostica radiologica (esclusa quella relativa a cure dentarie), Doppler, Laserte-rapia, 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, Gastrosopia, Radionefrogramma, Rettoscopia, Mammografia, Ecocardiogramma, Ecodoppler, Endoscopia con biopsia (con eventuale istologico), Colposcopia, Esofagoscopia, Pet cerebrale, Uroflussometria, Test allergologici .

Si intendono comprese in questa garanzia le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici.

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

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.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Lo scoperto o franchigia che rimane a carico dell'Assicurato viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 8 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse le odontoiatriche ed ortodontiche);
- cure fisioterapiche e osteopatiche 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;
- psicoterapia: la società rimborsa le spese sostenute per colloqui continuativi prescritti dal medico specializzato in psichiatria, in neuropsichiatria o specialista in psicologia medica;
- logopedia;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- cure dentarie, radiografie, estrazioni, protesi dentarie;
- apparecchi ortodontici.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Il rimborso delle spese per analisi ed esami diagnostici e di laboratorio avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.

Art. 9 Check Up

Che cosa è assicurato

Ciascun Dipendente potrà effettuare in regime di convenzionamento diretto presso le seguenti strutture:

- Centro Respighi - Milano
- POLIAMBULATORIO HSR- WASHINGTON- Gsd –Milano (da settembre 2023)
- Mater Dei- Roma
- Paideia -Roma
- CDC Villa Maria - Bari
- VILLA ERBOSA- Gsd -Bologna (da settembre 2023)
- PA.MA.FI.R. CENTRO MEDICO PLURISPECIALISTICO –Palermo
- CASA DI CURA VILLA DONATELLO –Firenze

- DATA MEDICA PADOVA SPA –Padova
- CASA DI CURA C.G. RUESCH- Napoli
- CIDIMU - Torino

un Check-up che prevede i seguenti accertamenti diagnostici personalizzati per donna e uomo.

Il check up avrà cadenza biennale fino a 45 anni compiuti e annuale dal compimento del 45° 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.

Check-up personalizzato Donna

visita internistica con relazione finale

visita cardiologia + ECG

Visita dermatologica con epiluminescenza manuale

visita ginecologica con obiettività mammaria e pap test,

un'ecografia addome completo

ecocolordoppler TSA (per le persone di età superiore a 45 anni)

Ecografia tiroidica (>45 ogni 2 anni)

Ecografia Mammaria bilaterale (>40)

mammografia (per le persone di età superiore a 40 anni ogni 2 anni ogni anno >50)

Esami laboratorio

Anticorpi anti epatite C

Antigene Australia HBsAG

Azotemia

Colesterolo HDL – LDL – totale

Creatininemia

Elettroforesi sieroproteine

Emocromo + formula + piastrine

Ferritina

GGT (Gamma – glutamil – transferasi)

Alanina aminotransferasi (ALT / GPT)

Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)

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

Trigliceridi

Urato nel sangue

Esame urine completo

Sangue occulto nelle feci

Check-up personalizzato Uomo

visita internistica con relazione finale

visita cardiologia + ECG

Visita dermatologica con epiluminescenza manuale

visita urologica

un'ecografia addome completo

ecocolordoppler TSA (per le persone di età superiore a 45 anni)

Ecografia tiroidica (>45 ogni 2 anni)

Esami laboratorio

Anticorpi anti epatite C

Antigene Australia HBsAG

Azotemia

Colesterolo HDL – LDL – totale

Creatininemia

Elettroforesi sieroproteine

Emocromo + formula + piastrine

GGT (Gamma – glutamil – transferasi)

Alanina aminotransferasi (ALT / GPT)

Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)

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

Trigliceridi

Urato nel sangue

Esame urine completo

Sangue occulto nelle feci

PSA Reflex specifico (>45) se valore PSA reflex compreso tra 2-1 ng/l verrà eseguito automaticamente dal laboratorio anche PSA libero

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Art. 10 Lenti correttive

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali (compreso il costo delle montature) esclusivamente a seguito di certificazione del medico specialista o dell'ottico optometrista, regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 11 Interventi Chirurgici determinati

Che cosa è assicurato

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 elevato.

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
- Proctectomia 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 sopralvalvolari
 - 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 sacculari, 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; Tikhov-Limberg con salvataggio dell'arto
 - Resezione artrodiastriae dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
 - Emipelvectomy
 - Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
 - Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
 - Vertebrotonia
 - Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
 - Uncoforaminotomia
 - Corpectomia 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

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 12 Vizi di rifrazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo pari o superiore alle 4 diottrie per occhio o in caso di anisometropia superiore a 6 diottrie.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 13 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

Ad integrazione di quanto indicato nelle singole garanzie valgono i limiti riportati nella tabella che segue.

Il massimale indicato nella tabella è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'art. 2 Assicurati.

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza del relativo massimale e previa eventuale applicazione dello scoperto e/o della franchigia indicati nel relativo articolo o nella seguente tabella.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro Generali Italia 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 indennizzabili a termini di contratto, effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato.

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Interventi Chirurgici determinati	art. 11	€ 450.000	Scoperto: <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> nessuno scoperto
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.1	€ 300.000	Scoperto: <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> 20% con franchigia minima € 500,00 e massima € 2.000,00 ticket al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero per retta di degenza € 210,00 (non operante)	Intervento ambulatoriale <i>in rete</i> : franchigia di 100 € <i>fuori rete</i> : franchigia di 250 €

Parto cesareo Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico Retta di degenza Parto senza taglio cesareo - Periodo di gravidanza Amniocentesi o villocentesi o Armony Prenatal Test Onorari medici, esami ed accertamenti diagnostici	art. 4.2	per Day Hospital) spese eccedenti scoperto 50% Sottomassimale € 15.000,00 per evento Limite giornaliero per retta di degenza € 210,00 (non operante per Day Hospital) spese eccedenti scoperto 50% Sottomassimale € 7.500,00 per evento Sottomassimale € 1.035,00 per gravidanza	<i>fuori rete: scoperto 20%</i> <u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> nessun scoperto <i>fuori rete</i> 20% con franchigia minima € 500,00 e massima € 2.000,00 ticket al 100% Lo scoperto del 50% sulle spese eccedenti non opera in caso di Day Hospital <i>fuori rete: scoperto 20%</i> <u>Rete convenzionata NON prevista</u> <u>Scoperto:</u> 20%, ticket al 100% 30%, ticket al 100%
Indennità sostitutiva	art. 4.4	€ 120 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
Diagnostica preventiva	art. 5	€ 400 per evento	Nessuno scoperto
Cure oncologiche e cardiache	art. 6	€ 20.000	Riconoscimento al 100% della spesa sia in rete che fuori rete
Prestazione diagnostica ad alta specializzazione <i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici	art. 7	€ 7.000 sottolimito € 2.000	<u>Scoperto:</u> <i>In rete</i> franchigia € 25,00 su strutture quali Humanitas, San Raffaele, Gemelli, Campus Biomedico Roma, CDI, Santa Caterina da Siena (Torino), Ruesch (Napoli) e Santa Maria (Bari), la franchigia di € 25 sarà ridotta a 15 €

			<u>Fuori rete</u> 30% con franchigia min € 70,00; ticket al 100% Riconoscimento al 100% della spesa
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio e fisioterapia - Osteopatia 			

			<i>fuori rete</i> 30% con franchigia minima € 300,00 e massima € 1.035,00 ticket al 100%
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.



Che cosa NON è assicurato?

Art. 14 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza; 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. 15 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

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

Per coloro che compiono i 75 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.

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 immediato per il dipendente e dalla prima scadenza annuale successiva per il familiare non a carico per cui è stato pagato il premio. Per i dipendenti che interrompono il rapporto di lavoro con l'azienda per quiescenza l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro. In entrambe i casi non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 16 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- 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;
- 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;
- 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.



Dove vale la copertura?

Art. 17 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 18 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 è stato anticipato da Generali Italia.

Art. 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Generali Italia 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 di Generali Italia 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 a Generali Italia, 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. 20 Obblighi del Contraente

Se gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, 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;
- gli assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet di Generali Italia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

Il Contraente si impegna a fornire a Generali Italia nome, cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

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

Art. 21 Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (GIPRY) ed a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Art. 22 Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, il pagamento da parte del Contraente di un Premio. Entro il trentesimo 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 Generali Italia 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 Generali Italia 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 Generali Italia 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 Generali Italia 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 Generali Italia 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, Generali Italia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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 e il premio verrà corrisposto nella misura del 100%, se l'inclusione avviene nel 1° semestre (01/06-31/12) e del 60%, se l'inclusione avviene nel 2° semestre (01/01-30/06).

Il dipendente assunto dopo il 30 giugno 2023 potrà estendere la copertura assicurativa ai familiari non a carico entro un mese dalla data di assunzione.

Viene data la possibilità di inserire i familiari non a carico solamente nei casi di:

- assunzione
- matrimonio o inizio convivenza

Per tali assicurati non operano le carenze.

In caso di matrimonio o inizio convivenza l'inserimento del familiare non a carico deve essere effettuato entro 30 gg.

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

Art. 23 Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure a Generali Italia.

Salvo quanto sotto disciplinato il Premio si intende pagato con la consegna della somma corrispondente al Premio stesso.

Se il **Contraente** non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Generali Italia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo. Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il premio può essere pagato con i seguenti mezzi:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a 750,00 euro;
- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario. Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito del conto se successivo salvo il buon fine del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o all'intermediario;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); salvo buon fine degli addebiti, per la prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza;
- se il premio è addebitato su conto corrente (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza della rata. In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia, tutte le rate scadute e non pagate, e la parte del premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;
- con assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo, salvo il buon fine dell'assegno con l'effettivo pagamento dello stesso e salva la facoltà dell'intermediario di richiedere il pagamento del premio anche tramite altre modalità tra quelle previste in questo articolo, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.



Salvo buon fine: la garanzia opera dalla data di decorrenza o dalle scadenze successive indicate in Polizza anche se gli importi di premio non sono stati ancora ricevuti da Generali Italia; ciò a condizione che il pagamento del premio venga successivamente accreditato. In caso contrario la garanzia non opera o rimane sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 24 Entrata in vigore dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicati in Polizza se a tale data il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze stabilite in Polizza.



Come posso disdire la polizza?

Art. 25 Proroga dell'assicurazione

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente. L'eventuale disdetta va esercitata dal Contraente o da Generali Italia almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:

- posta elettronica certificata (PEC);
- lettera raccomandata.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 26 Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici e Studi Odontoiatrici convenzionati ai quali gli assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie o scoperti 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 1).



ATTENZIONE: l'Assicurato deve attivare la Centrale Operativa in caso di intervento chirurgico da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia ed avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 27 Criteri di liquidazione

Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono 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, Generali Italia effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

La richiesta di rimborso può essere inviata tramite internet o l'App "My Generali". Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo <https://areaclienti.spesemediche.generali.it/>.

Art. 28 Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale 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 arbitrale 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 arbitrale 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 essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale 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. 29 Rimborso da Enti

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una medesima prestazione presente in questo contratto, deve fornire a Generali Italia evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. Generali Italia effettua il pagamento della prestazione richiesta in base a quanto previsto dal contratto sulle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e comunque fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore non ecceda il costo sostenuto per quella prestazione.

Integrazione FASI / FASDAC

Per la categoria Dirigenti, 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.

Art. 30 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- a) in caso di ricovero, Day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1, 4.2 e 4.5 delle Condizioni di Assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui agli articoli dal 5 al 13 delle Condizioni di Assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 31 Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

SOMMARIO

Art. 1 Definizioni

Art. 2 Assicurati

Art. 3 Rischi assicurati

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Art. 4.1 Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

Art. 4.3 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Art. 4.4 Indennità sostitutiva

Art. 4.5 Anticipo

Art. 5 Diagnostica preventiva

Art. 6 Cure oncologiche e cardiache

Art. 7 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Art. 8 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio
Art. 9 Check Up
Art. 10 Lenti correttive
Art. 11 Interventi Chirurgici determinati
Art. 12 Vizi di rifrazione
Art. 13 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO
Art. 14 Persone non assicurabili
Art. 15 Permanenza in assicurazione – Limiti di età
Art. 16 Esclusioni
Art. 17 Validità territoriale
Art. 18 Oneri
Art. 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni
Art. 20 Obblighi del Contraente
Art. 21 Riservatezza dei dati personali
Art. 22 Regolazione del Premio
Art. 23 Pagamento del Premio
Art. 24 Entrata in vigore dell'assicurazione
Art. 25 Proroga dell'assicurazione
Art. 26 Reti convenzionate
Art. 27 Criteri di liquidazione
Art. 28 Controversie
Art. 29 Rimborso da Enti
Art. 30 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza
Art. 31 Lingua in cui è redatto il contratto

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

Attivazione della Centrale Operativa

L'Assicurato ha la possibilità di utilizzare le strutture della rete convenzionata attivando la Centrale Operativa con uno dei seguenti canali a sua scelta:

- Telefonico: chiamate dall'Italia o dall'estero al **+39.02.82951131, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 Opzioni: 1 presa diretta; 2 informazioni; 3 dentarie**
- Tramite portale Web raggiungibile all'indirizzo <https://areaclienti.generalitalia.it>
- Tramite l'App My Generali

L'autorizzazione da parte della Centrale Operativa ad effettuare la prestazione in rete comporta il servizio di pagamento diretto da parte della Compagnia alla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

Per "Rete" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura, Studi Odontoiatrici 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 di Generali Italia www.generalitalia.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, 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**, al numero sopra indicato.

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 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

E' necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo ricoveri.it@generalitalia.com o alleggi alla denuncia se fatta tramite il canale on line **la prescrizione medica con i seguenti elementi** (Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario):

- ☐ 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 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 dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente 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 di Generali Italia con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente a quanto autorizzato 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 Generali Italia 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/ prestazioni odontoiatriche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed 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.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato è necessario comunicare:

- ☐ nome e cognome 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
- ☐ certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**. Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- ☐ nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.

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 (ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia 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 una copia delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni attraverso la compilazione dell'apposito modulo .

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 di Generali Italia con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

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

NOTA

Qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi comunque un centro clinico o studio odontoiatrico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia. 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 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Salmoiraghi e Vigano - come scaricare il voucher

L'accesso al sito Salmoiraghi avviene tramite il link esposto sulla DOL (<https://www.convenzionisalmoiraghievigano.it/>), cliccando la voce OTTICI.

I MIEI LINK

In questa sezione puoi trovare alcuni link a siti esterni utili per gestire le tue polizze e le tue richieste di rimborso.

HOME INSURANCE

Area Clienti di Generali Italia.
Consultazione e visualizzazione
delle tue polizze.

[VAI AL SITO](#)

STRUTTURE

CONVENZIONATE

Trova le strutture sanitarie
convenzionate più vicine a te.

[VAI AL SITO](#)

TELEMEDICINA

Accedi a prestazioni e servizi di
assistenza medica direttamente da
casa tua.

[VAI AL SITO](#)

OTTICI

Network Convenzionati

[VAI AL SITO](#)

L'assistito accede con mail aziendale e psw (cognome minuscolo) al fine di scaricare il voucher da spendere c/o i negozi che sono inseriti come strutture sul portale.

L'assistito successivamente chiede il rimborso della spesa sostenuta nei limiti del massimale.

