Generali Italia S.p.A.

Contratto di assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni e Malattie e Assistenza

Il presente Set Informativo si compone di:

- **DIP – Documento informativo precontrattuale**
- **DIP Aggiuntivo – Documento informativo precontrattuale aggiuntivo**
- **Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Definizioni**

Il contratto è realizzato secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA, aggiornate in base alle "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili 2024".

Ultimo aggiornamento: 28.06.2025

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

Assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni e Malattie e Assistenza

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Generali Italia S.p.A. **Prodotto: ATTIVA WELFARE**

Generali Italia S.p.A. - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. - Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione è rivolta alle imprese per assicurare il rischio di Infortunio o malattia e riconoscere prestazioni di assistenza e servizi a favore delle persone che intrattengono con loro un rapporto di natura economico-professionale o che fruiscono dei servizi da loro erogati.

Che cosa è assicurato?

Sono previste le Garanzie di seguito indicate per Sezione.

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA
Garanzie accessorie
- ✓ Pronto Avvocato - Consulenza legale telefonica
- ✓ Welion card
- ✓ W Benessere
- ✓ Second opinion
- ✓ Servizio di consulto remoto
- ✓ Teleconsulto medico specialistico
- ✓ Caregiver (assistente familiare) base
- ✓ Caregiver (assistente familiare) top
- ✓ Check-up start
- ✓ Check-up top
- ✓ Assistenza start
- ✓ Assistenza top

SEZIONE BENESSERE
Garanzie Base
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

Garanzie accessorie
- ✓ Pronta liquidazione Infortuni
- ✓ Rendita Vitalizia da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio
- ✓ Spese mediche per infortunio
- ✓ Cure fisioterapiche per infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
- ✓ Responsabilità civile del contraente

SEZIONE PROTEZIONE PLUS
Garanzie Base
- ✓ Invalidità permanente da malattia;.

Garanzie accessorie
- ✓ Redita vitalizia da malattia;
- ✓ Invalidità permanente da ictus o infarto.

SEZIONE SALUTE
Garanzie accessorie
- ✓ Maternità;
- ✓ Cure oncologiche;
- ✓ Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione;
- ✓ Visite specialistiche ed esami di laboratorio;
- ✓ Protesi;
- ✓ Cure fisioterapiche;
- ✓ Medicinali;
- ✓ Cure psicoterapiche;
- ✓ Cure dentarie;
- ✓ Cure dentarie da infortunio;
- ✓ Lenti correttive;
- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto;
- ✓ Indennità giornaliera per convalescenza da malattia;
- ✓ Indennizzo forfettario per gravi eventi.

Per le seguenti garanzie:
- Interventi chirurgici ad alta specializzazione
- Spese ospedaliere e chirurgiche
- Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione
- Visite specialistiche ed esami di laboratorio
- Cure fisioterapiche

sono previste Franchigie o Scoperti nella misura pattuita in polizza in base alla scelta del Contraente che determina la commisurazione del premio.

Tutte le Garanzie offerte con le varie sezioni sono prestate nell'ambito delle somme assicurate e dei Massimali rispettivamente indicati in Polizza.

Che cosa non è assicurato?

Le esclusioni sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere grassetto.

Per la sezione Prevenzione e Assistenza:
per la Consulenza legale telefonica (Pronto Avvocato)
- ✗ **Generali Italia non rimborsa le spese per l'assistenza legale dell'Assicurato per la risoluzione amichevole della controversia e per il procedimento in qualunque grado di giudizio;**

le Prestazioni di assistenza non sono previste per gli eventi accaduti:
- ✗ **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
- ✗ **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
- ✗ **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- ✗ **per dolo dell'Assicurato;**
- ✗ **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Per la Sezione Benessere, sono esclusi dalla copertura assicurativa, gli Infortuni causati da:
- ✗ **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore senza abilitazione a norma di legge;**
- ✗ **abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;**
- ✗ **uso di mezzi subacquei;**
- ✗ **guerra, insurrezione;**
- ✗ **operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;**
- ✗ **contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
- ✗ **trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- ✗ **pratica di qualsiasi attività sportiva professionale**
- ✗ **azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di epilessia o una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive.**

gli Infortuni subiti:
- ✗ **alla guida o in qualità di personale di bordo di aeromobili in genere o in qualità di passeggero su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su aeromobili di aeroclub, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);**
- ✗ **durante attività di paracadutismo;**
- ✗ **in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione.**

gli Infortuni che derivano da:
- ✗ **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- ✗ **uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti a sport motoristici,**
- ✗ **partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura.**

gli Infortuni che derivano da:
- ✗ **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- ✗ **uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti a sport motoristici;**
- ✗ **partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura,**

Sono, inoltre esclusi:
- ✗ **infarti, ernie e rotture sottocutanee di tendini, salvo quanto previsto dall'articolo *Infortunio: eventi compresi.***

Per la Sezione Protezione Plus non sono assicurati:

- **stati invalidanti preesistenti alla stipula del contratto;**
- **malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipula del contratto;**
- **le seguenti infermità mentali e patologie collegate: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive;**
- **abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- **conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, sono invece incluse in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato;**
- **sieropositività, HIV, AIDS;**
- **epilessia;**
- **trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche.**

Per la Sezione Salute non sono assicurati:

- **infortuni che derivano dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente (cioè a titolo oneroso);**
- **infortuni che derivano dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) con uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;**
- **infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;**
- **gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
- **prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti la stipula del contratto;**
- **interventi per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;**
- **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
- **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
- **prestazioni, legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
- **abuso di alcoolici, uso di allucinogeni, uso - per scopi non terapeutici - di psicofarmaci o di stupefacenti;**
- **le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;**
- **prestazioni relative all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;**
- **prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche e tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Sono invece comprese in garanzia le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti a infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**
- **le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia;**
- **le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Sono invece incluse in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato;**
- **le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;**
- **degenze con fini esclusivamente assistenziali, in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;**
- **ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
- **i ricoveri ed i Day hospital durante i quali vengano effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;**
- **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.;**
- **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**
- **spese per sussidi e presidi sanitari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**

- **prestazioni non riconosciute dall'AIFA o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le ha determinate;**
- **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è direttamente riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;**
- **trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;**
- **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati in base alla normativa ministeriale;**
- **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli appositi elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (es: massoterapista, podologo, MCB, laureato in scienze motorie);**
- **infiltrazioni eseguite con prodotto non farmacologico, acido ialuronico, fattori di crescita e gel piastrinico;**
- **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
- **prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);**
- **prestazioni di controllo.**

In caso di estensione al Nucleo familiare, per i familiari inseriti in copertura in base all'estensione volontaria sono inoltre escluse:

- **le malattie pregresse alla data di estensione della copertura, per le sole garanzie Interventi chirurgici ad alta specializzazione, Spese Ospedaliere e chirurgiche, Cure oncologiche, se previste in polizza;**
- **le malattie che derivano da gravidanza e puerperio se il concepimento è avvenuto prima della data di estensione della copertura.**

Ci sono limiti di copertura?

Limiti e condizioni di operatività sono contenuti nelle Condizioni di assicurazione e contraddistinti dal carattere grassetto.
Le Garanzie della sezione Prevenzione e Assistenza prevedono limiti entro i quali vengono forniti Prestazioni e servizi.
Le Garanzie delle sezioni Benessere, Protezione Plus, Salute prevedono limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti che sono riportati in Polizza e contenuti nelle Condizioni di assicurazione contraddistinti dal carattere grassetto.

- **Per Franchigia si intende la parte del danno - espressa in punti percentuali per le invalidità, in giorni per le indennità e quale importo in cifra fissa per i rimborsi spese - che rimane a carico dell'Assicurato in caso di Sinistro.**
- **Per Scoperto si intende l'importo – espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'Indennizzo - in caso di Sinistro.**

Dove vale la copertura?

- ✓ Le Garanzie delle sezioni Benessere, Protezione Plus e Salute valgono in tutto il mondo.
- ✓ Il servizio assicurativo Pronto Avvocato - Consulenza legale telefonica opera in Italia e in relazione a normative italiane.
- ✓ Le Prestazioni e i servizi Prevenzione e Assistenza operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano. Alcune Prestazioni operano anche nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa. Sono esclusi i Paesi in stato di guerra dichiarata o di fatto, in cui sono in atto tumulti popolari o dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

Che obblighi ho?

– All'attivazione delle Garanzie il Contraente o l'Assicurato deve rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
– In caso di assicurazione in forma normativa, ogni Assicurato deve compilare e sottoscrivere un questionario medico sul suo stato di salute, su eventuali traumi, Infortuni e Malattie pregressi indicare eventuali altre coperture per Infortuni e Malattie in corso diverse da quella eventualmente oggetto di sostituzione. Durante il periodo di validità delle Garanzie, il Contraente o l'Assicurato deve comunicare a Generali Italia ogni cambiamento che comporta un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.

Se il Contraente o l'Assicurato non rispetta gli obblighi può perdere in tutto o in parte il diritto all'indennizzo
In caso di Sinistro:

- la **denuncia dell'Infortunio** deve essere fatta dall'Assicurato o da altro soggetto per suo conto a Generali Italia o all'Agenzia che gestisce il contratto **entro 15** giorni dalla data in cui è avvenuto o in cui l'Assicurato ne ha avuto conoscenza o possibilità, deve contenere numero della Polizza, descrizione precisa del fatto con indicazione del luogo, giorno e ora e delle cause e deve essere corredata da certificato medico.
- In caso di infortunio subito in Smart working la denuncia deve essere integrata con una dichiarazione del Contraente che certifichi che l'assicurato operava nella modalità "Smart working" e che l'infortunio è connesso all'attività lavorativa, con una copia della denuncia effettuata all'ente INAIL e conil referto del pronto soccorso rilasciato entro le 48 ore successive all'infortunio.
- Il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta.
- In caso di Infortunio che ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, Generali Italia deve essere immediatamente avvisata.
- la **denuncia della Malattia** deve essere presentata dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per loro conto all'Agenzia che gestisce il contratto **entro 15 giorni** da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione dello stesso, salvo quanto diversamente previsto per le singole Garanzie.
- la **denuncia dell'intervento, del Ricovero o della prestazione sanitaria Accertamento diagnostico, Visita specialistica o prestazione fisioterapica o cura dentaria** deve essere fatta dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per loro conto **entro 15 giorni** da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione e deve essere corredata dalla documentazione medica, inclusa, in caso di Ricovero o intervento, la Cartella clinica completa in copia conforme all'originale, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
- L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia e a indagini, valutazioni e accertamenti, che devono essere eseguiti in Italia, necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo e fornire la documentazione opportuna.

Quando e come devo pagare?

Il Premio o la prima rata di premio devono essere pagati all'Agenzia di riferimento entro la data di decorrenza della polizza. I premi o le rate successive devono essere pagati entro trenta giorni dopo quello di scadenza.
Se l'assicurazione è prestata per categoria in forma regolabile è prevista la regolazione del Premio al termine di ciascuna annualità assicurativa o del minor periodo di durata del contratto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicati in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti hanno effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferma la scadenza stabilita in Polizza. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi o la regolazione, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Le Garanzie hanno la durata per ciascuna indicata in Polizza e, se ne è previsto il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, alla scadenza sono prorogate per una durata pari un anno e così successivamente.
In generale, le Garanzie operano per i Sinistri che si verificano in corso di efficacia delle stesse, fino alla scadenza.
Se l'assicurazione è prestata in forma nominativa può essere previsto il decorso di un Termine di aspettativa, durante il quale alcune Garanzie in tutto o in parte non operano, di:

- **30 giorni per Malattie, aborto spontaneo e terapeutico;**
- **180 giorni per le Malattie che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e Malformazioni insorte anteriormente all'attivazione della Garanzia, non conosciute e/o non diagnosticate al momento dell'attivazione della stessa o conosciute e dichiarate a Generali Italia;**
- **300 giorni per il parto**.

In caso di estensione al Nucleo familiare, per i familiari inseriti in copertura la garanzia ha effetto per il parto dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello del pagamento del Premio per l'estensione.

Come posso disdire la polizza?

Tutte le comunicazioni devono essere fatte per iscritto all'Agenzia che gestisce la Polizza o a Generali Italia con lettera raccomandata o PEC.
Se il contratto è collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla sua conclusione. In tal caso deve inviare richiesta scritta all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.
Per impedire la tacita proroga delle Garanzie, quando prevista, il Contraente o Generali Italia devono inviare la comunicazione scritta di disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza indicata in Polizza o della scadenza dell'annualità per cui l'assicurazione è stata prorogata.
Nei casi, tassativamente individuati, in cui Generali Italia esercita, per la generalità dei contratti di durata poliennale dello stesso tipo, la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni in corso prima della loro scadenza, il Contraente può recedere dall'Assicurazione.
Nel caso di sottoscrizione di una copertura di durata superiore a cinque anni con applicazione della riduzione del Premio prevista per legge per le Garanzie di durata poliennale, il Contraente può esercitare il diritto di recesso dopo il termine di cinque anni con preavviso di almeno 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è esercitata.
Generali Italia ha facoltà di recesso per Sinistro alla denuncia di ogni sinistro relativo alla sola Sezione Benessere con effetto dalla successiva scadenza annua del Premio.

Assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni, Malattie e Assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Prodotto: ATTIVA WELFARE

Data di aggiornamento: 28.06.2025

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

GENERALI

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

GENERALI ITALIA S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali con sede legale in Via Marocchesa,14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com; indirizzo PEC: generaliitalia@pec.generaligroup.com ed è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.
Patrimonio netto al 31/12/2024: € 9.102.202.252 di cui risultato economico di periodo € 1.165.471.690. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.
Indice di solvibilità (solvency ratio): 228% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1° gennaio 2016). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

OPZIONI CON SCONTO DEL PREMIO:

Per le Garanzie Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio, Spese mediche per infortunio, Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio il Contraente ha la possibilità di scegliere un ambito di operatività limitato agli Infortuni subiti dall'Assicurato solo nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e durante il tragitto da casa al posto di lavoro e viceversa ("PROFESSIONALE") oppure solo nello svolgimento di ogni normale attività a carattere non professionale nel tempo libero ("EXTRAPROFESSIONALE").

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO:

Sezione Benessere: Pronta liquidazione infortuni.

Se è attivata la Piattaforma Welion il Contraente dispone di un servizio aggiuntivo per gli assicurati (ai sensi dell'art. 59-bis del Regolamento IVASS n. 40/2018) per la fruizione dei Flexible Benefit. I servizi hanno natura accessoria e costituiscono parte integrante di un'unica offerta complessa di natura assicurativa.I costi della Piattaforma Welion possono variare in base ai seguenti parametri:
• numero di dipendenti attivati
• ammontare dei crediti di welfare attivati
• profilazione dei servizi attivati
I costi della piattaforma Welion a carico del Contraente sono quindi i seguenti:
• Setup una tantum: minimo 0 euro, massimo 3.000 euro
• Canone annuo: minimo 0 euro, massimo 2.200 euro
• Fee (quota) annua per la gestione dei crediti welfare: minimo 3,5%, massimo 4,0%
I costi sono pagati direttamente dal Contraente a Welion sulla base del Contratto Accessorio sottoscritto.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Responsabilità civile del Contraente: la garanzia non è prestata quando gli infortunati sono legale rappresentante, amministratore o socio a responsabilità illimitata della società Contraente e loro parenti o affini stabilmente conviventi.**

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

Sono previsti gli specifici limiti di seguito indicati per garanzia.

- **W Benessere:** Il servizio di prenotazione non opera per prestazioni in regime di ricovero e da effettuare in strutture non convenzionate.
- **Second opinion:** un solo parere medico per Assicurato maggiorenne per annualità assicurativa.
- **Servizio di consulto remoto:** massimo 5 consulti remoti per annualità assicurativa
- Teleconsulto medico specialistico: attivo da lunedì a sabato dalle 8:00 alle 21:00. Massimo 3 consulti per annualità assicurativa.
- **Caregiver (assistente familiare) base:** il servizio può essere utilizzato solo dall'Assicurato dipendente dell'azienda Contraente, anche quando la copertura assicurativa opera per il Nucleo familiare. Servizio non attivo per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.
- **Caregiver (assistente familiare) top:** il servizio può essere utilizzato solo dall'Assicurato dipendente dell'azienda Contraente, anche quando la copertura assicurativa opera per il Nucleo familiare. Servizi ad accesso previsti fino a massimo 3 accessi totali in favore di ciascun familiare anziano o non autosufficiente dell'Assicurato Caregiver. In caso di indisponibilità dei servizi nel territorio di residenza del familiare anziano o non autosufficiente, le spese sostenute per le prestazioni analoghe richieste in autonomia dall'Assicurato sono rimborsate con il limite massimo di 170 euro. Servizio non attivo per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112..
- **Check up start e Check-up top:** solo con Pagamento diretto. Quando la garanzia opera per nucleo familiare è previsto per un solo check-up l'anno per un solo membro del nucleo familiare.

- **Assistenza Start:**
  - **Invio di un medico generico al domicilio:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 8:00 e nei giorni festivi.
  - **Invio di un pediatra a domicilio:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo 1 visita per sinistro. La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00, sabato e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00, nei giorni festivi 24 ore su 24.
  - **Consegna farmaci a domicilio:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. I costi dei medicinali sono a carico dell'Assicurato.
  - **Invio di un infermiere al domicilio:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo15 ore per Sinistro.
  - **Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni.
  - **Invio Pet sitter:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo 1 ora al giorno per massimo 5 giorni.
  - **Invio di un collaboratore familiare:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni.
  - **Rientro dal Pronto soccorso:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Entro il limite di 300 km di percorso andata e ritorno.
- **Assistenza Top:**
  - Invio di un fisioterapista al domicilio: Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo 5 sedute per Sinistro.

- **Supporto psicologico:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo di 6 sedute con il limite di 1.000,00 euro per annualità assicurativa. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
- **Care Manager:** Massimo 1 volta per annualità assicurativa. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
- **Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato:** Massimo 1 volta per annualità assicurativa. 5 giorni per ricovero senza intervento. 10 giorni per ricovero con intervento.
- **Esecuzione esami e accertamenti al domicilio:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. I costi degli esami sono a carico dell'Assicurato. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
- **Noleggio attrezzatura:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. Massimo di 90 gg e nel limite di 300 € per sinistro. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
- **Trasferimento in istituto di cura specialistico:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa.
- **Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni:** Massimo 3 volte per annualità assicurativa. 300 km complessivi andata e ritorno per autombulanza. Fino a 150,00 euro per il taxi.
- **Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato:** La Prestazione viene fornita dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00, una sola volta per annualità assicurativa e per un solo familiare anziano.
- **Assistenza domiciliare per il familiare anziano in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato:** Massimo 1 volta per annualità assicurativa e per un solo familiare anziano. La Prestazione è fornita per un massimo di 5 giorni a seguito di ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato, 10 giorni a seguito di ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato. I giorni devono essere continuativi e non frazionabili.
- **Rientro sanitario e rientro della salma:** La prestazione viene fornita se l'Assicurato si trova a più di 50 km dal comune di residenza. Il rientro sanitario da paesi diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, da tutti i paesi europei e dai paesi del Bacino del Mediterraneo (Algeria, Cipro, Egitto, Isole Canarie, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia, Turchia) si effettua solo con aereo di linea in classe economica. La Prestazione del trasporto della salma opera solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa. La spese relative al trasporto salma sono a carico della Struttura Organizzativa, fino ad un massimo di 7.500,00 euro per Assicurato.
- **Viaggio di un familiare:** La prestazione viene fornita se l'Assicurato si trova a più di 50 km dal comune di residenza. Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 250,00 euro per sinistro.
- **Consegna spesa a domicilio:** la prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi giorni festivi infrasettimanali. Se l'incaricato non può intervenire può essere autorizzato il rimborso delle spese di consegna sostenute dall'assicurato entro il limite di 50,00 euro. I costi per l'acquisto dei generi alimentari rimangono sempre a carico dell'assicurato.
- **Phone caring (programma di assistenza telefonica) per genitori anziani:** l'assicurato deve dare un preavviso di 48 ore alla Struttura Organizzativa. La chiamta viene effettuata giornalemnte tra le 9:00 e le18:00 con un massimo di tre tentativi giornalieri. La prestazione viene erogata per massimo trenta giorni.

SEZIONE BENESSERE

Sono previsti gli specifici limiti di seguito indicati per garanzia.

- **Invalidità permanente da infortunio:** l'Indennizzo è determinato applicando la Franchigia pattuita in Polizza per ciascun Assicurato.
  Se le ernie addominali provocate da Infortunio sono operabili, sono corrisposte un'indennità giornaliera da ricovero per intervento chirurgico pari a 1/1000 della somma assicurata con il massimo di 100,00 euro al giorno. Se le ernie addominali provocate da Infortunio sono tecnicamente non operabili è, invece, pagata un'indennità forfettaria a titolo di Invalidità permanente non superiore al 20% della somma assicurata.
- **Cure fisioterapiche per infortunio:** le spese sono pagate per massimo 90 giorni dalla data dell'infortunio.
- **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio:** è pagata per massimo 360 giorni per annualità assicurativa e, in caso di Day hospital, è dovuta al 50%.
- **Indennità giornaliera per ricovero ricovero prolungato:** è pagata per massimo 2 volte per annualità assicurativa e solo per Ricoveri presso un Istituto di cura dovuti a infortunio avvenuto successivamente all'operatività della polizza.
- **Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio:** è pagata per massimo 30 giorni per sinistro.
- **Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio:** è pagata per massimo 100 giorni con il limite di 100,00 euro al giorno in caso di gesso e tutore equivalente, immobilizzazioni diverse da gesso o tutore.
- **Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio:** è pagata per massimo un anno dalla data dell'infortunio e, in caso di incapacità parziale, è dovuta al 50%. L'indennità è determinata applicando la Franchigia prevista in Polizza di 10 giorni oltre i 30,00 euro di somma assicurata fino a 60,00 euro e 15 giorni oltre i 60,00 euro di somma assicurata.
  Se l' Assicurato ha sia la garanzia Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio sia la garanzia Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio, le singole indennità assicurate non si cumulano e viene pagata la sola indennità più favorevole per l'Assicurato.

SEZIONE PROTEZIONE PLUS

Sono previsti gli specifici limiti di seguito indicati per Garanzia.

- **Invalidità permanente da malattia:** l'Indennizzo è determinato applicando la Franchigia, del 20% o del 49%, indicata in Polizza per ciascun Assicurato o categoria assicurata.
- **Invalidità permanente da ictus o infarto:** l'Indennizzo è determinato applicando la Franchigia del 20%.

SEZIONE SALUTE

Sono previsti gli specifici Scoperti o Franchigie di seguito indicati per garanzia.

- **Cure dentarie:**
  Sono disponibili 5 opzioni di scoperto a scelta del Contraente descritte nelle condizioni di assicurazione.
  Visite e igiene orale sono garantite solo con pagamento diretto; visite di emergenza sono garantite con scoperto 20% in caso di pagamento a rimborso; Cure conservative, Radiologia odontoiatrica e Chirurgia sono garantite con scoperto del 10% o del 30% in caso di pagamento diretto in base all'opzione scelta, con scoperto del 20% o del 30% o del 50% in caso di pagamento a rimborso in base all'opzione scelta; Endodonzia nelle opzione ove è prevista è garantita con scoperto del 10% o del 30% in caso di pagamento diretto in base all'opzione scelta, con scoperto del 20% o del 30% o del 50% in caso di pagamento a rimborso in base all'opzione scelta; Paradontologia nelle opzioni ove è prevista è prestata con uno scoperto del 20% in caso di pagamento a rimborso; Protesi, Ortognatodonzia e Implantologia nelle opzioni ove sono previste sono prestate con uno scoperto del 20% in caso di pagamento diretto e del 40% in caso di pagamento a rimborso.
- **Cure dentarie da infortunio:** si applica uno scoperto del 20% sulle spese sostenute.

Sono inoltre previsti gli specifici limiti di indennizzo di seguito indicati per garanzia.

- **Interventi chirurgici ad alta specializzazione:**
  rette di degenza: fino a 250 euro o 400 euro al giorno (elevate a 1.000 per degenza in terapia intensiva) - in base a quanto indicato in polizza - solo in caso di pagamento a rimborso; vitto e pernotto dell'accompagnatore: massimo di 60 euro al giorno e per una durata non superiore al ricovero per massimo 30 giorni per ricovero e per annualità assicurativa; trasporto assicurato in autoambulanza: massimo 1.100 euro; trasporto all'estero di assicurato e accompagnatore: massimo 2.000 euro; rimpatrio salma dall'estero: massimo 1.600 euro; indennità sostitutiva: massimo 100 giorni per annualità assicurativa e per sinistro.
- **Spese ospedaliere e chirurgiche:**
  Ricoveri o interventi: rette di degenza fino a 250 euro o 400 euro al giorno (elevate a 1.000 per degenza in terapia intensiva) - in base a quanto indicato in polizza - solo in caso di pagamento a rimborso; ricovero per parto naturale: massimo 2.600 euro (rette di degenza fino a 150 euro al giorno); ricovero per parto cesareo: massimo 7.500 euro (rette di degenza fino a 250 euro al giorno); vitto e pernotto dell'accompagnatore massimo di 60 euro al giorno e per una durata non superiore al ricovero per massimo 30 giorni per ricovero e per annualità assicurativa; trasporto assicurato in autoambulanza: massimo 1.100 euro; trasporto all'estero di assicurato e accompagnatore massimo 2.000 euro; rimpatrio salma dall'estero: massimo 1.600 euro ; indennità sostitutiva: massimo 100 giorni per annualità assicurativa e per sinistro. Solo in caso di pagamento a rimborso valgono anche i limiti di indenizzo indicati per i seguenti inteventi chirurgici: Facoemulsificazione ed asportazione di cataratta ed impianto di cristallino artificiale (IOLneutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio): 2.000 euro; Riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica): 2.700 euro; Sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale, S.di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc.): 1.540 euro; Trattamento chirurgico dito a martello: 1.300 euro; Trattamento chirurgico dito a scatto: 1.200 euro; Legatura emorroidi: 300 euro; Biopsia della prostata: 415 euro; Agobiopsia mammella: 250 euro; Patologie cutanee - a eccezione delle neoformazioni maligne - trattamento e /o asportazione: 350 euro.
- **Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto:** è pagata per massimo 360 giorni per annualità assicurativa con il limite di 100,00 euro al giorno, e, in caso di Day hospital è dovuta al 50%.
- **Indennità giornaliera per convalescenza da malattia:** è pagata per massimo 30 giorni per sinistro.
- **Indennità giornaliera per ricovero ricovero prolungato:** è pagata per massimo 2 volte per annualità assicurativa e solo per Ricoveri presso un Istituto di cura iniziati successivamente all'operatività della polizza.
- **Indennizzo forfettario per gravi eventi: l'importo** fisso indicato in Polizza è corrisposto per uno solo dei gravi eventi previsti nelle Condizioni di assicurazione

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a:

- Imprese che hanno espresso il bisogno di "Protezione da infortuni e malattie" (Sezione Benessere, Sezione Protezione Plus, Sezione Salute) e. solo per la sezione "Prevenzione e Assistenza", anche il bisogno di "Assistenza e soccorso";
- Imprese Sociali e Altri Enti che hanno espresso il bisogno di "Protezione da infortuni e malattie" (Sezione Salute) e, solo per la sezione "Prevenzione e Assistenza", anche il bisogno di "Assistenza e soccorso";
- Imprese sociali e i seguenti Altri Enti che hanno espresso il bisogno di "Protezione da infortuni e malattie" (sezione Benessere e Protezione Plus) e, solo per la sezione "Prevenzione e Assistenza", anche il bisogno di "Assistenza e soccorso" per tutelare i soli fruitori specificati, ovvero: Istituti Scolastici per Studenti; Palestre, Associazioni e Circoli Sportivi per coloro che partecipano alle attività sportive gestite dalla struttura; Altri Enti che organizzano Viaggi Turistici Collettivi e Soggiorni per i Partecipanti ai suddetti; Centri Ricreativi (compresi Centri Estivi), Colonie, Ludoteche ed Oratori per Utenti; Altri Enti che organizzano Tornei e Soggiorni sportivi per i Giocatori non professionisti partecipanti ai suddetti; Altri Enti che organizzano Corsi di Formazione, Corsi Professionali e Stage per i Partecipanti ai suddetti; Associazioni e Società Sportive Dilettantistiche per Giocatori e Atleti non professionisti.

Quali costi devo sostenere?

L'Assicurazione prevede costi medi di intermediazione del 21,20% del Premio imponibile pagato dal Contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata a Generali Italia S.p.A. – Customer Advocacy e Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187; • Tramite il sito internet della Compagnia www.generali.it, nella sezione Reclami; • Tramite mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Customer Advocacy e Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per massimo 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento di Agenti, i loro dipendenti e collaboratori.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è disponibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:	
Mediazione	È obbligatorio ricorrere alla Mediazione prevista dalla legge come condizione di procedibilità per le controversie sui contratti di assicurazione. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC generali_mediazione@pec.generaligroup.com o presso la Sede Legale di Generali. E' possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato a Generali Italia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	È inoltre possibile attivare: - perizia contrattuale controversia di natura medica relativamente alle garanzie della Sezione Benessere e Protezione Plus. Le parti nominano un perito ciascuna e l'accordo è vincolante. L'istanza di attivazione deve essere indirizzata all'indirizzo PEC: generaliitalia@pec.generaligroup.com o tramite Raccomandata presso la sede legale di Generali Italia; - procedura FIN-NET per la risoluzione delle liti transfrontaliere. E' possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione europea o https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	L'imposta sulle assicurazioni dovuta sul Premio imponibile per le garanzie Infortuni e Malattia è pari al 2,5%. Se alle garanzie Infortuni si aggiunge la garanzia Responsabilità civile del Contraente, l'aliquota è pari al 4,38%. Per le garanzie Assistenza l'aliquota d'imposta è pari al 10%. Per la garanzia Pronto Avvocato l'aliquota d'imposta è pari al 21,25%. Se l'assicurato partecipa al pagamento del Premio, i premi per le Garanzie che coprono il rischio di morte o di Invalidità permanente non inferiore al 5% rimasti a carico dell'assicurato sono detraibili ai fini dell'imposta sui redditi delle persone fisiche ai sensi della vigente normativa fiscale. Sono esclusi dalla formazione del reddito i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale nel limite di 3.615 euro annui. Gli indennizzi assicurativi pagati in relazione alla stipula delle coperture danni non sono assoggettati a tassazione da parte di Generali Italia all'atto della liquidazione. Le somme dovute da Generali Italia a fronte della stipula di contratti vita che prevedono l'erogazione di una rendita vitalizia in favore dell'assicurato sono soggette a ritenuta sulla componente di rivalutazione della rendita.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO CON LE SEGUENTI FUNZIONALITÀ: PER IL CONTRAENTE VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI A PROPRIO FAVORE E LE GARANZIE ACQUISTATE; VISUALIZZARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY; PER L'ASSICURATO SE IL CONTRAENTE COMUNICA L'ANAGRAFICA VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI A PROPRIO FAVORE; VISUALIZZARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE (CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE); CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY; SEGNALARE UN SINISTRO; VERIFICARE I RIFERIMENTI DELLA PROPRIA WELION CARD E LE MODALITÀ PER ATTIVARE IL SERVIZIO DI TELECONSULTO; INSERIRE ONLINE LE RICHIESTE DI RIMBORSO PER LE GARANZIE DELLA SEZIONE SALUTE E ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE IN FORMATO ELETTRONICO; CONTATTARE LA CENTRALE OPERATIVA PER ACCEDERE ALLA RETE CONVENZIONATA PER ATTIVARE LA FORMA DIRETTA OVE PREVISTA PER LE GARANZIE DELLA SEZIONE SALUTE; SEGUIRE LO STATO DELLA PRATICA (TRACKING); SCARICARE UN DOCUMENTO RIASSUNTIVO DEI RIMBORSI RICEVUTI AI FINI FISCALI; SCARICARE UN DOCUMENTO CON LA DICHIARAZIONE DI COPERTURA PER VIAGGI ALL'ESTERO.

PRESENTAZIONE

Questa Assicurazione è rivolta alle imprese che vogliono assicurare il rischio di Infortunio o Malattia e riconoscere prestazioni di assistenza e servizi a favore delle persone che intrattengono con loro un rapporto di natura economico-professionale o che sono fruitori della attività svolte da tali imprese.

Il Contratto di assicurazione "ATTIVA WELFARE" comprende la Polizza e le presenti Condizioni di assicurazione.
La documentazione precontrattuale del contratto "ATTIVA WELFARE" è composta da DIP e DIP Aggiuntivo.

La struttura delle presenti Condizioni di assicurazione è quella che segue:
- **Definizioni;**
- **Condizioni Specifiche delle Garanzie;**
- **Condizioni Generali che regolano il contratto;**
- **Norme che operano in caso di sinistro.**

Le Condizioni Specifiche sono a loro volta composte come segue:
- **Sezione Prevenzione e Assistenza**
- **Sezione Benessere**
- **Sezione Protezione Plus**
- **Sezione Salute**

Le Garanzie sono operanti se riportate in Polizza nella specifica sezione e se è stato corrisposto il relativo Premio.

Funzionamento

Le Garanzie previste sono attivabili nel rispetto delle regole illustrate nella tabella sottostante.

TABELLA DELLE GARANZIE

Garanzia base	Garanzia principale che può essere attivata da sola
Garanzia accessoria	Garanzia che può essere attivata solo con una Garanzia base
Condizioni di attivazione	Regole per poter attivare Garanzie base e Garanzie accessorie

GARANZIE BASE	GARANZIE ACCESSORIE	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE
	SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA (sezione accessoria)	Attivabile **solo se il Contraente comunica l'anagrafica degli assicurati**
	Pronto avvocato	Attivabile con: - Invalidità Permanente da Infortunio - Morte da infortunio - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio - Invalidità Permanente da Malattia - Interventi chirurgici ad alta specializzazione - Spese ospedaliere e chirurgiche
	Wellion card	Attivabile con: - Invalidità Permanente da Infortunio - Morte da infortunio - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio - Invalidità Permanente da Malattia - Interventi chirurgici ad alta Specializzazione con massimale inferiore a 250.000 euro - Spese ospedaliere e chirurgiche con massimale inferiore a 250.000 euro

	W benessere	Attivabile con: - Interventi chirurgici ad alta Specializzazione con massimale pari o superiore a 250.000 euro - Spese ospedaliere e chirurgiche con massimale pari o superiore a 250.000 euro
	Second opinion	Attivabile con: - Interventi chirurgici ad alta Specializzazione con massimale pari o superiore a 500.000 euro - Spese ospedaliere e chirurgiche con massimale pari o superiore a 500.000 euro
	Servizio di consulto remoto	Attivabile con: - Invalidità Permanente da Infortunio - Morte da infortunio - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio - Invalidità Permanente da Malattia - Interventi chirurgici ad alta specializzazione - Spese ospedaliere e chirurgiche
	Teleconsulto medico specialistico	Attivabile con: - Interventi chirurgici ad alta Specializzazione con massimale pari o superiore a 250.000 euro - Spese ospedaliere e chirurgiche con massimale pari o superiore a 250.000 euro
	Caregiver (assistente familiare) Base	Attivabile con: - Interventi chirurgici ad alta Specializzazione con massimale compreso tra 250.000 e 490.000 euro - Spese ospedaliere e chirurgiche con massimale compreso tra 250.000 e 490.000 euro
	Caregiver (assistente familiare) Top	Attivabile con: - Interventi chirurgici ad alta Specializzazione con massimale pari o superiore a 500.000 euro - Spese ospedaliere e chirurgiche con massimale pari o superiore a 500.000 euro
	Check-up start	Attivabile con Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione con massimale pari o superiore a 5.000 euro ma inferiore a 10.000 euro
	Check-up top	Attivabile con Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione con massimale pari o superiore a 10.000 euro
	Assistenza start	Attivabile con: - Invalidità Permanente da Infortunio - Morte da infortunio - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio - Invalidità Permanente da Malattia - Interventi chirurgici ad alta specializzazione - Spese ospedaliere e chirurgiche
	Assistenza top	Alternativa ad Assistenza start
SEZIONE BENESSERE		
Invalidità Permanente da Infortunio		
Morte da Infortunio		
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio		
	Pronta liquidazione Infortuni	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Rendita Vitalizia da Infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio	Attivabile con indennità Giornaliera per ricovero da Infortunio

	Indennità giornaliera per Immobilizzazione da infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Spese mediche per Infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Cure fisioterapiche per Infortunio	Attivabile con Spese mediche da infortunio
	Indennità giornaliera per Inabilità temporanea da Infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Responsabilità civile del Contraente	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
SEZIONE PROTEZIONE PLUS		
Invalidità Permanente da Malattia		
	Rendita vitalizia da Malattia	Attivabile con Invalidità Permanente da Malattia
	Invalidità permanente da Ictus o Infarto	Attivabile con almeno una tra: - Invalidità Permanente da Infortunio - Invalidità Permanente da Malattia
SEZIONE SALUTE		
Interventi chirurgici ad alta specializzazione		
Spese ospedaliere e chirurgiche		
	Maternità	Attivabile con Spese ospedaliere e chirurgiche
	Cure oncologiche	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Visite specialistiche ed esami di laboratorio	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Protesi	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Cure fisioterapiche	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Medicinali	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Cure psicoterapiche	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Cure dentarie	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Cure dentarie da infortunio	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Lenti correttive	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche
	Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche o con indennità giornaliera per ricovero da Infortunio
	Indennità giornaliera per convalescenza da malattia o parto	Attivabile con Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto

	Indennizzo forfettario per Gravi eventi	Attivabile con Interventi chirurgici ad alta specializzazione o Spese ospedaliere e chirurgiche o con Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura del documento, abbiamo utilizzato gli strumenti grafici che seguono:

- **AVVERTENZE: per richiamare l'attenzione a prendere consapevolezza di particolari regole;**
- **Carattere grassetto: per dare maggior risalto al testo da leggere con particolare attenzione;**
- **Iniziali maiuscole: utilizzate per indicare le parole presenti nelle definizioni;**
- **Box con esempi:**

Per aiutare a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento delle Garanzie.

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve subito fare denuncia all'Agenzia di riferimento che fornisce aiuto. In alternativa, può inviare una comunicazione per iscritto, alla sede legale di Generali Italia, tramite lettera raccomandata o PEC ai seguenti recapiti:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) PEC: generaliitalia@pec.generaligroup.com

È possibile registrarsi e accedere in modo gratuito all'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali. Tramite l'Area Clienti è possibile:

per il Contraente:

- **verificare i contratti attivi a suo favore e le garanzie acquistate;**
- **visualizzare la documentazione contrattuale;**
- **consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy;**

per l'Assicurato ***solo se il Contraente comunica l'anagrafica:***

- **verificare i contratti attivi a suo favore;**
- **visualizzare la documentazione contrattuale (condizioni di assicurazione);**
- **consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy;**
- **segnalare un Sinistro;**
- **verificare i riferimenti della propria Welion card e le modalità per attivare il servizio di teleconsulto**
- **inserire online le richieste di rimborso per le garanzie della sezione Salute e allegare la documentazione in formato elettronico;**
- **contattare la Centrale Operativa per accedere alla rete convenzionata per attivare la forma diretta ove prevista**
- **seguire lo stato della pratica (tracking);**
- **scaricare un documento riassuntivo dei rimborsi ricevuti ai fini fiscali**
- **scaricare un documento con la dichiarazione di copertura per viaggi all'estero.**

DEFINIZIONI

Nelle Condizioni Specifiche delle presenti Condizioni di assicurazione, ai termini di seguito indicati è attribuito il significato qui precisato e sono sempre riportati con l'iniziale maiuscola:

Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale per ricercare o definire la presenza o il decorso di una patologia che deriva da Malattia o Infortunio a carattere anche cruento o invasivo.

Ambulatorio	Struttura o centro attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa in vigore, a erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchio acustico	Dispositivo elettronico esterno indossabile che ha la funzione di amplificare o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo che consegue a Malattia o Infortunio.
Assicurazione	Contratto di assicurazione Attiva Welfare
Assicurato	Persona a favore della quale è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscono da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica alla quale Generali Italia paga l'Indennizzo in caso di Infortunio mortale dell'Assicurato.
Cartella clinica	Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il Ricovero, il Day hospital, il Day surgery, o a seguito di Intervento ambulatoriale, che contiene le generalità dell'Assicurato, la Diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
Categoria	Insieme di tutte le persone che hanno il medesimo inquadramento professionale assicurato dal Contraente.
Centrale Operativa	Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L., in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 (esclusi i festivi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l'Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l'organizzazione ed erogazione dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazione sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, utilizzando allo scopo anche soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi si avvalgono anche di personale medico
Contraente	Persona giuridica che stipula l'assicurazione.
DAS	D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. con sede in via Enrico Fermi 9/B –37135 Verona.
Day hospital (ospedale di giorno)	Ricovero con degenza solo diurna presso reparto Istituto di cura senza Intervento chirurgico, documentato da Cartella clinica. **L'accesso al Pronto soccorso non è equiparato al Day hospital.**
Day surgery (chirurgia di giorno)	Ricovero con degenza solo diurna con Intervento chirurgico effettuato presso Istituto di cura, documentato da Cartella clinica.
Diagnosi	Determinazione della natura o della sede di una Malattia in base alla valutazione dei sintomi.
Difetto fisico	Mancanza o imperfezione (genetica e non) non presente alla nascita, di un organo, di un apparato o di una funzione, anche se non note o non diagnosticate al momento della stipula della polizza
	Esempi: • alluce valgo • dito a martello • piede piatto o torto • vizi di rifrazione • deviazione del setto nasale • ginocchia vare o valghe • cheratocono • scoliosi • anca valga
Franchigia	Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali per le invalidità, in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese.
Frattura	Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti. **Non sono compresi distacchi parcellari e infrazioni**.

Gessatura	Apparecchio di contenzione realizzato con gesso modellato per l'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici.
Indennizzo	Somma dovuta da Generali Italia in caso di Sinistro anche sotto forma di rimborso spese o Pagamento diretto.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce Lesioni corporali accertabili in maniera oggettiva, le quali hanno per conseguenza la morte, l'Invalidità permanente o una Inabilità temporanea.
Infortunio in Itinere	L'Infortunio accaduto al lavoratore durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, oppure durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro. Se non è presente un servizio di mensa aziendale, l'evento può ricomprendere anche il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti.
Insorgenza della Malattia	Inizio, anche se asintomatico, della Malattia.
Intervento chirurgico	Atto medico, con finalità terapeutica o diagnostica, eseguito con qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, incidendo la cute o i tessuti dell'organismo anche con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. **Non è considerato Intervento chirurgico l'applicazione o rimozione di:** **• Gessatura o tutori equivalenti;** **• punti di sutura**
Intervento chirurgico ad Alta specializzazione	Ogni Intervento chirurgico identificato come tale nell'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE riportato di seguito alle Condizioni Specifiche.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento di chirurgia effettuato senza degenza da medico chirurgo in Istituto di cura, centro medico o studio medico chirurgico e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione dopo l'intervento. Esempio: diatermocoagulazione, crioterapia, endoscopia con polipectomia, laserterapia operativa, ago aspirato.
Invalidità permanente (IP)	Perdita permanente, definitiva e irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, a prescindere dalla sua professione.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata con SSN o privata) in Italia o all'estero, autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al Ricovero e all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna e dotati di attrezzature per il pernottamento dei pazienti e per le terapie di stati patologici con l'intervento di personale medico e paramedico abilitato. **Non sono considerati Istituti di cura**: le case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, ospizi per anziani, gli hospice, gli stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, le cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, i Centri benessere in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili.
Lesione	Qualsiasi modifica menomante a carico di un organo o di un tessuto, con alterazione della continuità della forma, della struttura e della funzione provocata da cause fisiche (agenti traumatici), chimiche (intossicazioni) o biologiche (microrganismi).
Lettera di impegno	Documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura medica convenzionata in relazione al Ricovero, all'Intervento chirurgico, alla prestazione diagnostica extra-ricovero e con riferimento alle Condizioni di assicurazione; **tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura medica Convenzionata**.
Lussazione	Spostamento permanente di due superfici articolari che hanno perso, in tutto o in parte , i normali rapporti che esistono tra le due parti e in relazione alla quale è seguita una riduzione effettuata da personale sanitario in Istituto di cura. **Non sono ricomprese** in tale ambito **le sub-lussazioni**.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da Infortunio.
Malformazione	Ogni alterazione fisica o psichica (genetica e non) che si è sviluppata durante la vita intrauterina.
Manifestazione della Malattia	Sintomi o segni della Malattia.
Massimale	Importo massimo dovuto da Generali Italia per la singola Garanzia in relazione a ciascun Assicurato per Sinistro e annualità assicurativa.

Medico convenzionato	Medico o capo équipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con Generali Italia. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, l'intera équipe è ritenuta non convenzionata. Se il capo équipe è convenzionato tutti i componenti dell'équipe devono rispettare le norme e le tariffe di convenzione. In caso contrario l'intera équipe si considera non convenzionata.
Mutazione genetica	Ogni modifica stabile ed ereditabile nella sequenza nucleotidica di un genoma o più generalmente materiale genetico (sia DNA che RNA) dovuta ad agenti esterni o al caso, ma non alla ricombinazione genetica. In base al numero degli Assicurati o per persona indicata nominativamente) in polizza per ciascun Assicurato o categoria assicurata.
Network Strutture Convenzionate o Network	L'insieme delle strutture sanitarie (istituti di cura, ambulatori medici, studi dentistici e odontoiatrici) convenzionate con, o per il tramite di, Welion per conto di Generali Italia, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per l'accesso alle prestazioni sanitarie o odontoiatriche previste dalla polizza.
Nucleo Familiare	- il coniuge, il convivente di fatto o le parti dell'unione civile[1]; - i figli che risultano dal certificato di Stato di Famiglia della persona che fa parte della Categoria professionale assicurata, oppure dell'Assicurato indicato in polizza per nome. Sono considerati parte del Nucleo familiare anche i figli non conviventi fino ai 30 anni di età se studenti.
Pagamento a rimborso	Liquidazione a rimborso che Generali Italia effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato.
Pagamento diretto	È il servizio che prevede il pagamento delle spese mediche da parte di Generali Italia direttamente alla struttura del Network Strutture Convenzionate, scelta dall'Assicurato. Sono escluse dal pagamento diretto eventuali richieste di rimborso per pagamenti effettuati direttamente dall'Assicurato, spese espressamente escluse (vedi sezione esclusioni contrattuali) e spese NON espressamente indicate nella sezione XXX. Il pagamento diretto deve essere obbligatoriamente autorizzato da Welion e confermato all'Assicurato via e-mail o sms.
Premio	Somma dovuta dal Contraente a Generali Italia per la stipula dell'assicurazione.
Prestazione di Assistenza	Assistenza fornita tramite la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Generali Italia.
Pronto soccorso	Struttura che garantisce solo il trattamento delle emergenze-urgenze, cioè di quelle condizioni patologiche, spontanee o traumatiche, che richiedono immediati interventi diagnostici e terapeutici.
Protesi	Dispositivo anatomico-funzionale usato per sostituire in maniera parziale o totale una parte del corpo umano non più in grado di operare in modo corretto.
Protesi ortopediche	Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo. **Non sono considerati protesi ortopediche:** ortosi, tutori, busti, ginocchiere, plantari.
Questionario medico	Documento con le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto da lui stesso o da chi esercita la potestà, che è parte integrante della Polizza.
Recidiva	Riacutizzarsi di una Malattia in via di guarigione o in apparenza già guarita.
Retribuzione annua Lorda	Tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione che hanno carattere continuativo, comprese le provvigioni, i premi di produzione e ogni altro compenso e indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura concordata. Per la liquidazione dell'indennizzo si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili in maniera ricorrente in ciascun mese, se su queste è conteggiato o è conteggiabile il premio di assicurazione. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta che spetta al dipendente in base al contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione al datore di lavoro.
Ricovero	Degenza presso reparto di Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, documentato da Cartella clinica. **L'accesso al Pronto soccorso non è equiparato al Ricovero e non è considerato tale se non seguito da ospedalizzazione.**

Rischio	Probabilità del verificarsi del Sinistro.
Scoperto	Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'Indennizzo.
Sinistro	Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione
Struttura Organizzativa	EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Assago (MI) Via del Mulino, 4 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 01333550323, iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, Società che appartiene al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia S.p.A. al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A.
Strutture odontoiatriche Convenzionate	Studi dentistici e odontoiatrici e medici dentisti e odontoiatri convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale - il complesso delle funzioni, delle attività e dei servizi assistenziali gestiti ed erogati dalle Regioni Italiane.
Ticket sanitario	Il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere fornita o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da medico o da professionista con laurea in fisioterapia, tese al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Sono escluse tutte le prestazioni finalizzate a trattare problematiche di natura estetica, e quelle eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avviene nell'ambito della medicina estetica**.
Trattamenti psicoterapici	Colloqui continuativi prescritti da medico specializzato in psichiatria o in neuropsichiatria o specialista in psicologia medica ed eseguiti da figura professionali riconosciute dagli Elenchi delle Arti e Professioni Sanitarie, con iscrizione al relativo albo (es: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).
Tutore immobilizzante esterno equivalente	Mezzo di contenzione rigido ed esterno con funzione immobilizzante. A titolo esemplificativo e non esaustivo non sono considerati Tutori immobilizzanti esterni equivalenti bendaggi, apparecchi, busti, corsetti semirigidi, bendaggi elastici adesivi (tensoplast, etc.).
Visita specialistica	La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per Diagnosi e per prescrizione di terapie cui la specializzazione è riferita.
Welion	GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale Euro 10.000,00, interamente versato, iscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA di Gruppo n. 01333550323, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., che in virtù di specifico accordo, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia, tramite la propria centrale operativa, al contatto con l'Assicurato per l'organizzazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie, con le modalità ed entro i diversi limiti previsti nel contratto, nonché agli ulteriori servizi di prevenzione e consulenza presso le Strutture Convenzionate.

[1] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

CONDIZIONI SPECIFICHE – SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA (accessoria)

Art. 1 Assicurati

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto delle persone indicate per nome o che appartengono alle categorie professionali riportate in polizza
La copertura vale fino a quando permane il rapporto in considerazione del quale è stata stipulata l'Assicurazione.
Le garanzie, le prestazioni e i servizi della presente sezione, operano a favore delle persone assicurate solo se il Contraente comunica a Generali Italia le anagrafiche delle persone assicurate.

Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

Art. 2 Pronto avvocato - Consulenza legale telefonica

Generali Italia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in via Enrico Fermi 9/B – Verona – PEC dasdifesalegale@pec.das.it, - Mail: sinistri@das.it, in seguito per brevità denominata DAS.

A quest'ultima devono essere inviate tutte le denunce, i documenti e ogni altro elemento relativi a tali sinistri.

Che cosa è assicurato

Generali Italia offre tramite DAS[2] un servizio assicurativo di consulenza legale telefonica fornito da consulenti legali esperti, per

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;
- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

La consulenza può essere richiesta se l'Assicurato, nell'ambito della propria vita privata extraprofessionale e professionale, è rimasto vittima di Infortunio/Malattia indennizzabile ai termini del capitolo/sezione di polizza sottoscritto dall'Assicurato e con riguardo a:

a) controversie nei confronti di ospedali, case di cura o medici per danni subiti dall'Assicurato dovuti a negligenza o inadeguatezza dell'attività professionale allo stesso prestata in qualità di paziente;
b) controversie per ottenere il risarcimento dei danni alla persona dell'Assicurato o a cose di sua proprietà;
c) controversie di natura contrattuale relative all'acquisto di beni e di servizi, in relazione all'ambito salute;
d) nell'ambito della difesa in un procedimento penale connesso all'infortunio.

La consulenza legale telefonica può essere inoltre richiesta dai familiari nel caso in cui l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato. In tal caso Generali Italia tramite DAS offre una consulenza legale telefonica specializzata per assistere nella gestione delle pratiche successorie in relazione a volture di titolarità dei contratti di fornitura elettrica, acqua e gas e per attivarsi verso la banca per la chiusura del conto corrente bancario/postale intestato all'Assicurato deceduto.

Il servizio fornisce inoltre informazioni specifiche in merito alla normativa sulla protezione dei dati personali nell'ambito del servizio fornito.

L'evento per il quale si chiede la consulenza legale telefonica si considera avvenuto nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o di contratto.
Per determinare la data dell'evento, si considera:

a) la data della prima violazione, anche presunta, di una norma di legge da parte dell'Assicurato, nel caso di procedimenti penali;
b) la data del primo evento da cui deriva il diritto al risarcimento, nei casi di richieste di risarcimento per danni extracontrattuali subiti o causati dall'Assicurato;
c) la data della prima violazione, anche presunta, di un contratto da parte dell'Assicurato o della controparte, nel caso di controversie di diritto civile di natura contrattuale;

La Garanzia opera per gli eventi che si verificano dalle ore 24:00 del giorno di efficacia del contratto.

Che cosa NON è assicurato

Generali Italia non rimborsa le spese per l'assistenza legale dell'Assicurato per la risoluzione amichevole della controversia o per il procedimento in qualunque grado di giudizio.

Come opera la copertura

La Garanzia opera in Italia e in relazione a normative italiane.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO PER IL PRONTO AVVOCATO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 2.1 Come attivare la consulenza legale telefonica

Per richiedere la consulenza legale telefonica l'assicurato deve consultare le informazioni disponibili nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali

Al momento della richiesta l'assicurato deve fornire il numero di Polizza e un recapito telefonico al quale essere ricontattato.

Generali Italia e DAS non sono responsabili per:

- **l'operato dei consulenti legali,**
- **l'utilizzo della consulenza fornita in eventuali controversie intraprese dall'Assicurato e spese o rimborsi dovuti a qualunque titolo dall'Assicurato in conseguenza di tali controversie in quanto proposte dallo stesso Assicurato.**

Art. 3 Welion card

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al Network delle Strutture Convenzionate per effettuare visite mediche ed esami diagnostici a tariffe agevolate.
L'Assicurato, all'interno dell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali può usufruire della funzionalità "Cerca strutture sanitarie" e visionare un elenco di Strutture Convenzionate selezionando tra:

• tipo di struttura medica (es. strutture sanitarie, centri odontoiatrici);
• indirizzo;
• specializzazione di interesse (es. ginecologia).L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile anche all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Una volta individuata la Struttura Convenzionata di proprio interesse all'interno del Network, l'Assicurato può prenotare in autonomia la visita contattando direttamente la struttura medica prescelta. Per usufruire delle tariffe agevolate è comunque sempre necessario identificarsi all'atto della prenotazione o dell'esecuzione della prestazione sanitaria prescelta, presentando alla Struttura del Network la propria card nominativa (disponibile nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali) unitamente a un documento di identità in corso di validità.

Art. 4 W Benessere

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al Network delle Strutture Convenzionate per effettuare visite mediche ed esami diagnostici a tariffe agevolate.
L'Assicurato, all'interno dell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali può usufruire della funzionalità "Cerca strutture sanitarie" e visionare un elenco di Strutture Convenzionate selezionando tra:

• tipo di struttura medica (es. strutture sanitarie, centri odontoiatrici);
• indirizzo;
• specializzazione di interesse (es. ginecologia).L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile anche all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Una volta individuata la Struttura Convenzionata di proprio interesse all'interno del Network, l'Assicurato può prenotare in autonomia la visita contattando direttamente la struttura medica prescelta. Per usufruire delle tariffe agevolate è comunque sempre necessario identificarsi all'atto della prenotazione o dell'esecuzione della prestazione sanitaria prescelta, presentando alla Struttura del Network la propria card nominativa (disponibile nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali) unitamente a un documento di identità in corso di validità.

L'Assicurato può prenotare le prestazioni sanitarie (visite specialistiche ed esami diagnostici) **on line 24 ore su 24, 7 giorni su 7**.

L'Assicurato in fase di prenotazione on line:
- seleziona la prestazione da effettuare
- sceglie la struttura sanitaria
- inoltra la richiesta.

In alternativa, l'Assicurato può contattare direttamente la Struttura Convenzionata, quando la Struttura non è abilitata alla prenotazione on line.

Il Network viene periodicamente aggiornato, nell'Area Clienti del sito www.generali.it o nell'App MyGenerali saranno disponibili l'elenco delle prestazioni e i relativi dettagli.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dal servizio di prenotazione le prestazioni da effettuare:
- **in regime di ricovero**
- **in strutture mediche non convenzionate**.

Art. 5 Second Opinion

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può richiedere, tramite la centrale operativa di Welion, un secondo parere medico di qualità a seguito di una diagnosi o test diagnostici.

La Second Opinion viene fornita, tramite le Strutture Convenzionate, nei seguenti ambiti
- Oncologico
- Cardiologico
- Generalista.

L'Assicurato deve fornire tutta la documentazione medica in suo possesso per una corretta prestazione del servizio.

Ci sono limiti di copertura

Per ciascun ambito, l'Assicurato può usufruire di una Second Opinion per anno assicurativo.

Il servizio è previsto per gli Assicurati maggiorenni.

Se la garanzia è operante anche per il Nucleo Familiare dell'Assicurato indicato per nome o della persona che appartiene alla Categoria assicurata, il servizio è riconosciuto una volta l'anno per un solo membro del Nucleo Familiare.

Art. 6 Servizio di consulto remoto

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può usufruire, tramite la centrale operativa di Welion, di un servizio di consulenza medica da remoto (telefono/video) che fornisce:

a. Informazioni medico sanitario su vaccinazioni:
- vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge;
- vaccinazioni consigliate in vista di viaggi e trasferte all'estero.

b. Consulenza medica di Medicina Generale e Pediatria:
se il medico, secondo la sua valutazione professionale, lo ritiene necessario, al termine del consulto può anche prescrivere approfondimenti specialistici o diagnostici (ad esempio: viste, esami, accertamenti).

c. Informazioni sanitarie in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- aspetti di carattere amministrativo e burocratico dell'attività sanitaria (es. esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia;
- farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni, consigli su farmaci da assumere, tele prescrizione dei farmaci).

Per richiedere i servizi di consulenza sopra indicati, l'Assicurato deve consultare le informazioni disponibili nella sua area personale del sito web www.generali.it o dall'App MyGenerali. Previa verifica del diritto alla prestazione, l'Assicurato viene messo in contatto con un medico del Network. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni mediche.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi dei servizi per un massimo di 5 consulti remoti per annualità assicurativa.
Se la garanzia è operante anche per il Nucleo Familiare dell'Assicurato indicato per nome o della persona che

appartiene alla Categoria assicurata, il sevizio è riconosciuto una volta l'anno per un massimo di 5 consulti remoti per l'intero Nucleo Familiare.

Art. 7 Teleconsulto medico specialistico

Che cosa è assicurato

Il servizio permette all'Assicurato di usufruire di una consulenza medica specialistica su una vasta gamma di specializzazioni tra le quali, a titolo di esempio:

- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Dermatologia
- Ortopedia
- Pediatria
- Psicologia

Il consulto non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Pertanto, si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Per richiedere i servizi di consulenza l'Assicurato deve consultare le informazioni disponibili nella sua area personale del sito web www.generali.itGenerali.it o dall'App MyGenerali, dove è sempre disponibile anche l'elenco aggiornato di tutte le specializzazioni.

Ci sono limiti di copertura

La consulenza medica specialistica è effettuata, a scelta dell'Assicurato, tramite telefono o video chiamata; il servizio è attivo da lunedì al sabato dalle 8:00 alle 21:00.

Il presente servizio può essere utilizzato da tutti gli Assicurati fino ad un massimo di 3 consulti specialistici per annualità assicurativa.

Se la garanzia è operante anche per il Nucleo Familiare dell'Assicurato indicato per nome o della persona che appartiene alla Categoria assicurata, il sevizio è riconosciuto per un massimo di cinque consulti specialistici per Nucleo Familiare.

Art. 8 Caregiver (assistente familiare) Base: Sportello di orientamento per caregiver

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, **in qualità di caregiver (assistente familiare)** di un familiare anziano o non autosufficiente, può contattare la centrale operativa del partner commerciale di Welion (di seguito il "**Partner**") dedicata all'ascolto delle sue esigenze e di quelle dei suoi familiari anziani o non autosufficienti.

La centrale operativa del Partner, sulla base della situazione esistente rappresentata dall'Assicurato caregiver, orienta l'Assicurato caregiver sulle agevolazioni pubbliche previste in tema di non autosufficienza (es. Legge 104, indennità monetarie e i servizi socio-assistenziali e sanitari) e fornisce ascolto e supporto all'Assicurato caregiver per la gestione dei familiari anziani o non autosufficienti.

La centrale operativa del Partner è contattabile tramite il numero telefonico disponibile all'interno dell'Area Clienti, **da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00**.

L'Assicurato caregiver **deve avere a disposizione la documentazione anagrafica e sanitaria relativa al familiare anziano o non autosufficiente**.

Ci sono limiti di copertura

Il servizio può essere utilizzato solo dall'Assicurato dipendente dell'azienda Contraente, anche quando la copertura assicurativa opera per il Nucleo familiare.

La prestazione non può essere richiesta per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.

Art. 9 Caregiver (assistente familiare) Top: Sportello di orientamento per caregiver e Prestazioni di assistenza domiciliare per familiari anziani e non autosufficienti

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, **in qualità di caregiver (assistente familiare)** di un familiare anziano o non autosufficiente, può contattare la centrale operativa del partner commerciale di Welion (di seguito il "**Partner**") dedicata all'ascolto delle sue esigenze e di quelle dei suoi familiari anziani o non autosufficienti.

La centrale operativa del Partner, sulla base della situazione esistente rappresentata dall'Assicurato caregiver, orienta l'Assicurato caregiver sulle agevolazioni pubbliche previste in tema di non autosufficienza (es. Legge 104, indennità monetarie e i servizi socio-assistenziali e sanitari) e fornisce ascolto e supporto all'Assicurato caregiver per la gestione dei familiari anziani o non autosufficienti.

La centrale operativa del Partner, sulla base delle specifiche esigenze individuate, prenota **fino a un massimo di 3 accessi per annualità assicurativa a prestazioni socio-assistenziali e sanitarie** (a scelta tra i seguenti) che vengono erogati da operatori specializzati presso il domicilio del familiare anziano o non autosufficiente dell'Assicurato caregiver:

- prestazioni socio-assistenziali fornite da operatori socio assistenziali. A titolo esemplificativo, includono: alzata e messa a letto; igiene e cura dell'assistito; supporto ai pasti; veglia notturna; accompagnamento e trasporto; commissioni; etc.
- prestazioni infermieristiche diurne e notturne fornite da infermieri professionisti
- prestazioni di fisioterapia fornite da fisioterapisti

La centrale operativa del Partner è contattabile tramite il numero telefonico disponibile all'interno dell'Area Clienti, **da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00**.

L'Assicurato caregiver **deve avere a disposizione la documentazione anagrafica e sanitaria relativa al familiare anziano o non autosufficiente**.

Ci sono limiti di copertura

Il servizio può essere utilizzato solo dall'Assicurato dipendente dell'azienda Contraente, anche quando la copertura assicurativa opera per il Nucleo familiare.

Se i servizi socio-assistenziali e sanitari non sono disponibili nel territorio di residenza del familiare anziano o non autosufficiente, l'Assicurato caregiver può comunque richiedere in autonomia prestazioni analoghe a quelle offerte tramite la centrale operativa del Partner per il proprio familiare e **richiedere il rimborso dei costi sostenuti fino ad un massimo di 170 euro, presentando relativa documentazione che attesta il pagamento.**

La prestazione non può essere richiesta per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.

Art. 10 Check-up Start

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può usufruire una volta all'anno di un pacchetto check-up a scelta tra quelli sotto riportati solo presso le Strutture Convenzionate e con Pagamento diretto.

ESAMI EMATICI "LIGHT" - C4385	
Prestazioni	Emocromo con formula ALT/GPT AST/GOT Gamma GT colesterolo totale - hdl - - trigliceridi Glicemia VES Creatininemia Tempo di protrombina PT Tempo di tromboplastina parziale attivata PTT Urea (azotemia) Esame delle urine completo Sangue occulto 1 campione PSA totale

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3355	
Prestazioni	Visita cardiologica Elettrocardiogramma

PREVENZIONE DERMATOLOGICA – C3738	
Prestazioni	Visita specialistica dermatologica con studio del biotipo e del fototipo cutaneo Mappatura nevi manuale

PREVENZIONE GINECOLOGICA – C3746	
Prestazioni	Visita specialistica ginecologica Pap test

PREVENZIONE DENTARIA – C3745	
Prestazioni	una seduta di ablazione del tartaro una visita odontoiatrica di controllo

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA – C3582	
Prestazioni	Visita specialistica oculistica Studio fundus oculi Tono oculare Misurazione del visus

PREVENZIONE OSTEOPOROSI - C3350	
Prestazioni	Visita specialistica fisiatrica o ortopedica o reumatologica MOC

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA – C3356	
Prestazioni	Visita specialistica otorinolaringoiatrica Esame audiometrico

PREVENZIONE MAMMELLA - C3358	
Prestazioni	Mammografia bilaterale con valutazione senologica

PREVENZIONE SENOLOGICA - YOUNG WOMAN - C3357	
Prestazioni	Ecografia mammaria con valutazione senologica

PREVENZIONE ANDROLOGICA/ UROLOGICA - YOUNG MAN – C3353	
Prestazioni	Visita specialistica andrologica con ecografia scrotale

PREVENZIONE UROLOGICA – C3354	
Prestazioni	Visita specialistica urologica con ecografia prostatica

PREVENZIONE VASCOLARE - C3351	
Prestazioni	Visita angiologica o chirurgia vascolare Doppler venoso arti inferiore o superiori

PREVENZIONE DERMATOLOGICA MINORI - C3365	
Prestazioni	Visita dermatologica Mappatura nevi

PREVENZIONE OBESITA' MINORI - C3362	
Prestazioni	Visita dietologica (con calcolo BMI) Prescrizione dieta

CHECK UP SPORTIVO MINORI - CODICE DA DEFINIRE	
Prestazioni	Visita medica generale con ECG Rilascio certificato medico sportivo non agonistico

Ci sono limiti di copertura

Il check up si effettua solo con Pagamento diretto.

Se la garanzia è operante anche per il Nucleo Familiare dell'Assicurato indicato per nome o del singolo appartenente alla categoria assicurata, il pacchetto è riconosciuto una volta l'anno per un solo membro del Nucleo Familiare.

Per effettuare le prestazioni sanitarie previste dal programma scelto, l'Assicurato deve rivolgersi alla centrale operativa di Welion, con le modalità indicate nella sezione

ESEMPIO

Polizza Attiva Welfare con Garanzia check-up operante per tutti i dipendenti dell'Azienda contraente e per i rispettivi nuclei familiari. Il Nucleo familiare di una dipendente assicurata è composto, oltre che dalla dipendente stessa da suo marito e due figli.
Uno solo dei componenti di tale nucleo familiare può effettuare a scelta uno dei check up previsti dall'elenco.

Art. 11 Check-up Top

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può usufruire una volta all'anno di un pacchetto check-up a scelta tra quelli sotto riportati solo presso le Strutture Convenzionate e con Pagamento diretto.

Esami Ematici Top – C4111	
Prestazioni	Emocromo con formula leucocitaria Piastrine VES Creatinina Esame urine completo Proteine totali Bilirubina frazionata GOT GPT Gamma GT Ferro Glucosio Colesterolo totale Colesterolo HDL Colesterolo LDL Trigliceridi Sangue occulto nelle feci PSA Omocisteina Proteina C ultrasensibile TSH Vitamina D Emoglobina glicata

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3375	
	Visita cardiologica Elettrocardiogramma Esame urine Trigliceridi AST (Got) ALT (Gpt) Colesteroloremia totale Colesterolemia hdl/ldl

Prestazioni	Emocromo completo PT PTT Glicemia Omocisteina Colesterolo totale Colesterolo HDL Colesterolo LDL Trigliceridi Sangue occulto nelle feci PSA Omocisteina Quadro elettrolitico (sodio,potassio e calcio)

PREVENZIONE DERMATOLOGICA - C3372	
Prestazioni	Visita dermatologica Mappatura nevi Studio del biotipo e del fototipo cutaneo Vitamina A Vitamina B12 Vitamina C Vitamina E

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA - 4160	
Prestazioni	Visita specialistica gastroenterologica Ecografia addome completo

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA - C3370	
Prestazioni	Visita oculistica Studio fundus oculi tono oculare Misurazione del visus Pachimetria Test di Schirmer (test lacrimale) Topografia corneale

PREVENZIONE OSTEOPOROSI – C3742	
Prestazioni	Visita specialistica fisiatrica o ortopedica o reumatologica MOC Dosaggio del Calcio nel sangue e nelle urine Esame completo delle urine Vitamina D

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA – C3356	
Prestazioni	Visita specialistica otorinolaringoiatrica Esame audiometrico

PREVENZIONE SENOLOGICA - YOUNG WOMAN - C3357	
Prestazioni	Ecografia mammaria con valutazione senologica

PREVENZIONE SENOLOGICA COMPLETA – C3734	
Prestazioni	Visita specialistica senologica Mammografia bilaterale Ecografia mammaria

PREVENZIONE TIROIDE - C2923	
Prestazioni	Visita endocrinologica Ecografia tiroidea FT3 FT4 TSH

PREVENZIONE ANDROLOGICA/ UROLOGICA - YOUNG MAN – C3353	
Prestazioni	Visita specialistica andrologica con ecografia scrotale.

PREVENZIONE UROLOGICA – C3735	
Prestazioni	Visita specialistica urologica Ecografia addome inferiore (studio prostata e vie urinarie) PSA totale e libero Esame completo delle urine Azotemia e Creatininemia

PREVENZIONE VASCOLARE - C3367	
Prestazioni	Visita angiologica/ chirurgia vascolare ecocolodoppler arterioso e venoso arti inferiori

PREVENZIONE DERMATOLOGICA MINORI - C3365	
Prestazioni	Visita dermatologica Mappatura nevi

PREVENZIONE OBESITA' MINORI - C3362	
Prestazioni	Visita dietologica (con calcolo BMI) Prescrizione dieta

CHECK UP SPORTIVO MINORI - C4386	
Prestazioni	Visita medica generale con ECG Rilascio certificato medico sportivo non agonistico

Ci sono limiti di copertura

Il check up si effettua solo con Pagamento diretto.

Se la garanzia è operante anche per il Nucleo Familiare dell'Assicurato indicato per nome o del singolo appartenente alla categoria assicurata, il pacchetto è riconosciuto una volta l'anno per un solo membro del Nucleo Familiare.

Per effettuare le prestazioni sanitarie previste dal programma scelto, l'Assicurato deve rivolgersi alla centrale operativa di Welion, con le modalità indicate nella sezione

ESEMPIO

Polizza Attiva Welfare con Garanzia check-up operante per tutti i dipendenti dell'Azienda contraente e per i rispettivi Nuclei Familiari. Il Nucleo Familiare di ciascun Assicurato è composto, oltre che dal dipendente stesso da sua moglie e due figli.
Uno solo dei componenti di tale Nucleo Familiare può effettuare a scelta uno dei check up previsti dall'elenco.

Art. 12 Responsabilità

Con riferimento ai servizi di cui ai precedenti articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, si precisa che Generali Italia non è e non sarà in alcun modo coinvolta in attività sanitarie o in prestazioni di natura medica, limitandosi a svolgere in favore del Contraente e dei propri familiari, ove previsto, esclusivamente attività che hanno natura organizzativa e che consentono l'accesso ai servizi salute.

Si dà atto in particolare che tra il Contraente (e i familiari) e la struttura sanitaria del Network, il singolo medico, i professionisti in generale coinvolti nell'erogazione delle singole prestazioni, si instaura un rapporto autonomo e indipendente, qualificandosi nella relazione "medico-paziente" o comunque "professionista-assistito", senza interferenza alcuna da parte di Generali Italia. Di conseguenza, **il Network o il singolo professionista sono gli unici responsabili nei confronti del Contraente (e dei familiari) per l'erogazione delle prestazioni sanitarie o professionali**.

Generali Italia non assume alcuna responsabilità nei confronti del Contraente e dei familiari circa la non corretta o parziale erogazione delle prestazioni di competenza di partner terzi, del Network o dei medici e professionisti in genere. Generali Italia non è dunque responsabile, ad esempio, per alcun tipo di prestazione sanitaria o professionale, per l'utilizzo o il malfunzionamento di apparecchi medici o strumenti sanitari in genere o farmaci o prodotti cosmetici o similari, per prestazioni diagnostiche o interpretazione delle stesse, per la mancata presenza o sostituzione di un medico o di altro personale sanitario, per la mancata fruizione delle prestazioni da parte del Contraente o di uno o più dei familiari. Ad ulteriore chiarimento, Generali Italia non può essere ritenuta responsabile per i danni o disservizi sopportati dal Contraente o dai familiari o da eventuali terzi in relazione alle prestazioni erogate dalla struttura sanitaria del Network o dai medici e professionisti in genere (inclusa la prescrizione o vendita di farmaci) né delle eventuali conseguenze di tali prestazioni.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

PREMESSA: Generali Italia ha stipulato specifica convenzione con EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A., con sede in Assago (MI) Via del Mulino, 4 - Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) EuropAssistanceItaliaSpA@pec.europassistance.it, in base alla quale la stessa provvede, per conto di Generali Italia e tramite la propria Struttura Organizzativa, al contatto con l'Assicurato e all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di cui alla presente sezione entro i diversi limiti nella stessa previsti e con costi a carico di Generali Italia.

Art. 13 Assistenza Start

Elenco prestazioni di Assistenza Start:

A) Invio di un medico generico a domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di un medico e non riesce a trovarlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico convenzionato sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire di persona, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino tramite autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8 e nei giorni festivi.

B) Invio di un pediatra a domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia del proprio figlio, ha bisogno di una visita pediatrica domiciliare urgente e non riesce a reperire il proprio pediatra abituale, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico pediatra convenzionato sostenendone le spese.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici pediatri convenzionati ad intervenire di persona, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di 1 visita per Sinistro.
La Prestazione opera entro i seguenti orari:
- nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00;
- sabato e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00;
- nei giorni festivi 24 ore su 24.

C) Consegna farmaci al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito della visita del medico/pediatra inviato a domicilio, ha bisogno di medicinali prescritti dal medico e non può uscire di casa, può contattare la Struttura Organizzativa che, dopo aver ricevuto le prescrizioni mediche, provvede alla consegna con spese a proprio carico dei farmaci prescritti se disponibili, presso il domicilio dell'assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi dei medicinali sono a carico dell'Assicurato.

D) Invio di un infermiere al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di essere assistito da un infermiere, può contattare la Struttura Organizzativa che con spese a proprio carico, dopo aver ricevuto il certificato medico attestante la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare, invia direttamente all'Assicurato un infermiere.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 15 ore per Sinistro.

E) Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che comporta un ricovero superiore a 3 giorni, non può accudire il bambino minore di 14 anni o il figlio disabile (affetto da disabilità non grave e che non necessita di personale medico o infermieristico), la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una o di un baby sitter/assistente domiciliare nella zona in cui si trova l'Assicurato, in base alle disponibilità locali. Nel caso di figlio disabile deve essere prodotta documentazione medica che comprova la disabilità.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra Assicurato e baby sitter/assistente domiciliare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

F) Invio pet sitter

Che cosa è assicurato

In caso di impossibilità da parte dell'Assicurato di accudire il proprio animale domestico, a seguito di infortunio o malattia, che ha comportato un ricovero di almeno 1 notte e nei 15 giorni successivi alle dimissioni, l'Assicurato contatta la Struttura Organizzativa, che invia un pet sitter presso il domicilio (in Italia) dell'Assicurato. Per poter organizzare la prestazione, la Struttura Organizzativa può richiedere un preavviso massimo di 3 giorni.

La Prestazione è operativa 7 giorni su 7, dalle 9 alle 18.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa paga il servizio di pet sitter per 1 ora di servizio al giorno per un massimo di 5 giorni per annualità assicurativa.

G) Invio di un collaboratore familiare

Cosa è assicurato

Se l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia non può occuparsi delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di un collaboratore familiare nella zona in cui si trova l'assicurato, in base alle disponibilità locali.

La Prestazione è operativa 7 giorni su 7, dalle 9 alle 18.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra Assicurato e collaboratore familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

H) Rientro dal Pronto soccorso

Cosa è assicurato

Se per una malattia o un infortunio l'Assicurato dopo le dimissioni dal pronto soccorso, necessita di un trasporto fino al domicilio, la Struttura Organizzativa, provvede ad organizzare il trasporto in ambulanza.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico i costi entro il limite di 300 km di percorso andata e ritorno.

Art 14 Assistenza Top

Se attivata l'Assistenza Top oltre le Prestazioni previste per l'Assistenza Start sono previste le Prestazioni in elenco.

Elenco prestazioni Assistenza Top:

A) Invio di un fisioterapista al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici o per riabilitazione cardiovascolare di base che derivano da infortunio, ha bisogno dell'assistenza di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa invia al suo domicilio un fisioterapista a sue spese.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 5 sedute per Sinistro.

Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra l'Assicurato e il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

B) Supporto psicologico

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato un ricovero ospedaliero, ha bisogno di prestazioni mediche di supporto psicologico, può contattare la Struttura Organizzativa che organizza la consulenza di supporto psicologico.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di 6 sedute con il limite di 1.000,00 euro per annualità assicurativa.

La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.

C) Care Manager (consulente sociosanitario)

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha subito un infortunio o malattia e ha bisogno di una consulenza socio-assistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato e con i familiari, valuta le diverse esigenze di cura. Se lo ritiene necessario, il Care manager può organizzare un sopraluogo presso l'abitazione dell'Assicurato.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager comunica all'Assicurato per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni su:

- piano di cura più opportuno per le sue condizioni, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri da monitorare;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture del territorio, compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.
La Prestazione può essere richiesta una sola volta per annualità assicurativa.

D) Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato un Ricovero di almeno una notte, in seguito a valutazione

del Care manager e secondo quanto prescritto dal medico curante, ha bisogno di proseguire il ricovero in forma domiciliare, può contattare la Struttura Organizzativa.

Accertata la necessità della Prestazione, le modalità per l'accesso e la fornitura del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dal Care manager e dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione è fornita per un massimo di:

- **5 giorni a seguito di Ricovero senza intervento chirurgico;**
- **10 giorni a seguito di Ricovero con intervento chirurgico.**

I giorni devono essere continuativi e non sono frazionabili.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.
La Prestazione può essere richiesta una sola volta per annualità assicurativa.

E) Esecuzione esami e accertamenti al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di Ricovero ospedaliero, ha bisogno di eseguire al proprio domicilio prelievi del sangue/ ecografie, può contattare la Struttura Organizzativa che accertata la necessità della prestazione invia a proprie spese il professionista al domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi degli esami sono a carico dell'Assicurato.

La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.

F) Noleggio attrezzatura

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, necessita di una o più attrezzature mediche tra quelle di seguito elencate, può contattare la Struttura Organizzativa che accertata la necessita della prestazione provvede a reperire le attrezzature necessarie.

Elenco attrezzature:

- stampelle o deambulatore;
- Sedia a rotelle e/o comoda;
- Letto elettrico completo di materasso e sponde;
- cuscino antidecubito;
- sollevatore elettrico.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico i costi di noleggio fino ad un massimo di 90 gg e nel limite di 300 euro per sinistro.

La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.

G) Trasferimento in istituto di cura specialistico

Che cosa è assicurato

In caso di patologia riscontrata all'Assicurato a seguito di infortunio o malattia per cui si è reso necessario il suo ricovero in una struttura ospedaliera della Regione di residenza, se le condizioni dell'Assicurato **- accertate tramite contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante -** a seguito di infortunio o malattia, richiedono il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto **non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza**, la Struttura Organizzativa provvede a sue spese a:

- individuare e prenotare l'Istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista:

- **per svolgere terapie riabilitative;**
- **quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali.**

H) Trasporto ai domicilio in seguito a dimissioni

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, **a seguito di infortunio o malattia**, ha bisogno di un trasporto dall'istituto di cura presso il quale è ricoverato al domicilio, la Struttura Organizzativa invia direttamente un'autoambulanza o anche un taxi per permettere all'Assicurato, e a un eventuale accompagnatore, di raggiungere il domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa nel limite di:

- **300 chilometri di percorso complessivo (andata e ritorno) per l'autoambulanza;**
- **150,00 euro per il taxi.**

I) Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato un Ricovero di almeno 1 notte, non è più in grado di prendersi cura del familiare anziano non autosufficiente e ha bisogno di una consulenza socioassistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico, valuta le diverse esigenze di cura.

Il Care manager, se lo ritiene necessario, organizza un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager fornisce per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni su:

- piano di cura più opportuno per le condizioni del familiare anziano o del figlio disabile, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri del familiare anziano;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture del territorio, compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Ci sono limiti di copertura

Per l'erogazione della Prestazione è necessario avere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

La Prestazione viene fornita dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle ore 18:00 e una sola volta per annualità assicurativa e per un solo familiare anziano.

J) Assistenza domiciliare per il familiare anziano in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato un ricovero ospedaliero di almeno una notte, non può accudire il familiare anziano non autosufficiente e ha bisogno di attivare per lui un'assistenza domiciliare, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno).

Accertata la necessità della prestazione da parte del Care manager, le modalità per l'accesso e la prestazione del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante del familiare e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione è fornita per un massimo di:

- **5 giorni a seguito di Ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato;**

- **10 giorni a seguito di Ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato.**

I giorni devono essere continuativi e non sono frazionabili.

La Prestazione può essere richiesta una sola volta per annualità assicurativa e per un solo familiare anziano.

K) Rientro sanitario e rientro della salma

Che cosa è assicurato

Se le condizioni dell'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, accertate mediante contatti diretti o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto, rendono necessario il rientro in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa organizza a proprie spese il trasporto con il mezzo ritenuto più idoneo tra quanto segue:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, se ha provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedergli l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

In caso di decesso dell'Assicurato la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Se è necessario riconoscere il corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscono il trasporto, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.

Che cosa NON è assicurato

Il rientro sanitario, non è previsto se:

- **le infermità o le lesioni a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o se non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;**
- **in caso di malattie infettive, se il trasporto comporta la violazione di norme nazionali o internazionali.**
  In caso di rientro della salma, non sono comprese nella Prestazione le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.

Ci sono limiti di copertura

La prestazione viene fornita se l'Assicurato si trova a più di 50 km dal comune di residenza.

Il rientro sanitario da paesi diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, da tutti i paesi europei e dai paesi del Bacino del Mediterraneo (Algeria, Cipro, Egitto, Isole Canarie, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia, Turchia) si effettua solo con aereo di linea in classe economica.

La Prestazione del trasporto della salma opera solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.
La spese relative al trasporto salma sono a carico della Struttura Organizzativa, fino ad un massimo di 7.500,00 euro per Assicurato.

L) Viaggio di un familiare

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato in viaggio è ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa e i medici ritengono che non è trasferibile prima di 7 giorni, la Struttura Organizzativa, a proprie spese, mette a disposizione di un familiare residente in Italia un **biglietto ferroviario di prima classe** o **aereo di classe economica** di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

La Struttura Organizzativa prenota eventualmente un albergo in loco per il familiare dell'Assicurato ricoverato.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese di albergo diverse da pernottamento e prima colazione.

Ci sono limiti di copertura

La prestazione viene fornita se l'Assicurato si trova a più di 50 km dal comune di residenza.
Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 250,00 euro per sinistro.

M) Consegna spesa a domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, ha bisogno di acquistare generi alimentari di prima necessità e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, può contattare la Struttura Organizzativa che invia un proprio incaricato per consegnare quanto richiesto. Se l'incaricato non può intervenire di persona, la Struttura Organizzativa può autorizzare il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la spedizione e la consegna.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi giorni festivi infrasettimanali.

Se l'incaricato non può intervenire di persona, la Struttura Organizzativa può autorizzare il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato solo per la spedizione e consegna fino a 50,00 euro per Sinistro.

I costi relativi all'acquisto dei generi alimentari sono a carico dell'Assicurato.

N) Phone caring (programma di assistenza telefonica) per genitori anziani

Che cosa è assicurato

La Struttura Organizzativa, **dopo aver concordato con l'Assicurato un orario di chiamata compreso tra le ore 09:00 e le ore 18:00**, provvede a telefonare giornalmente al genitore anziano.

La Struttura Organizzativa effettua 3 tentativi di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvede ad avvisare l'Assicurato o la persona da lui designata in caso di mancato contatto.

La telefonata non è effettuata da personale sanitario e non è finalizzata alla valutazione dello stato di salute del genitore anziano o a gestire eventuali situazioni di emergenza o urgenza. **Pertanto la Struttura Organizzativa non contatta alcun servizio di emergenza o urgenza**.

Ci sono limiti di copertura

L'Assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.

Le chiamate vengono effettuate per un massimo di 30 giorni.

Che cosa NON è assicurato?

Art 15 Esclusioni prestazioni assistenza

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
b) **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
c) **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni che provengono da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
d) **per dolo dell'Assicurato;**
e) **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art.16 Limite per annualità assicurativa

Tutte le Prestazioni di assistenza elencate, che Generali Italia fornisce tramite la Struttura Organizzativa di Europ Assistance, sono disponibili per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e fino a esaurimento del Massimale indicato in ogni singola Prestazione, fermi gli altri limiti eventualmente previsti.

Art. 17 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione**.

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA	
Prestazione	**Limiti alla prestazione**
W Benessere	Il servizio di prenotazione non opera per prestazioni in regime di ricovero e da effettuare in strutture non convenzionate.
Servizio di consulto remoto	Massimo 5 consulti remoti per annualità assicurativa
Second Opinion	Un solo parere medico per Assicurato maggiorenne per annualità assicurativa.
Teleconsulto medico specialistico	Massimo 3 consulti per annualità assicurativa.
Caregiver (assistente familiare) base	Il servizio può essere utilizzato solo dall'Assicurato dipendente dell'azienda Contraente, anche quando la copertura assicurativa opera per il Nucleo familiare. Servizio non attivo per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.
Caregiver (assistente familiare) top	Il servizio può essere utilizzato solo dall'Assicurato dipendente dell'azienda Contraente, anche quando la copertura assicurativa opera per il Nucleo familiare. Servizi ad accesso previsti fino a massimo 3 accessi totali in favore di ciascun familiare anziano o non autosufficiente dell'Assicurato Caregiver. In caso di indisponibilità dei servizi nel territorio di residenza del familiare anziano o non autosufficiente, le spese sostenute per le prestazioni analoghe richieste in autonomia dall'Assicurato sono rimborsate con il limite massimo di 170 euro. Servizio non attivo per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.
Check-up start	solo con Pagamento diretto. Quando la garanzia opera per nucleo familiare è previsto per un solo check-up l'anno per un solo membro del nucleo familiare.
Check-up top	solo con Pagamento diretto. Quando la garanzia opera per nucleo familiare è previsto per un solo check-up l'anno per un solo membro del nucleo familiare.
Assistenza Start	
Invio di un medico generico al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 8:00 e nei giorni festivi.
Invio di un pediatra al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 1 vista per sinistro La Prestazione opera: - nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00 - sabato e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00; - nei giorni festivi 24 ore su 24.
Consegna farmaci al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa I costi dei medicinali sono a carico dell'Assicurato
Invio di un infermiere al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 15 ore per Sinistro
Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni.
Invio Pet sitter	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 1 ora al giorno per massimo 5 giorni
Invio di un collaboratore familiare	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni.
Rientro dal Pronto soccorso	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Entro il limite di 300 km di percorso andata e ritorno
Assistenza Top	
Invio di un fisioterapista al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 sedute per Sinistro
Supporto psicologico	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo di 6 sedute con il limite di 1.000,00 euro per annualità assicurativa. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
Care Manager	Massimo 1 volta per annualità assicurativa La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 1 volta per annualità assicurativa 5 giorni per ricovero senza intervento 10 giorni per ricovero con intervento

Esecuzione esami e accertamenti al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa I costi degli esami sono a carico dell'Assicurato. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali
Noleggio attrezzatura	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo di 90 gg e nel limite di 300 euro per sinistro. La Prestazione opera dalle ore 9 alle ore 18 da lunedì a venerdì esclusi i festivi infrasettimanali.
Trasferimento in istituto di cura specialistico	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni	Massimo 3 volte per annualità assicurativa 300 km complessivi andata e ritorno per autombulanza Fino a 150,00 euro per il taxi
Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato	La Prestazione viene fornita: • dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 • una sola volta per annualità assicurativa e per un solo familiare anziano
Assistenza domiciliare per il familiare anziano in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 1 volta per annualità assicurativa e per un solo familiare anziano La Prestazione viene fornita per un massimo di: • 5 giorni a seguito di ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato; • 10 giorni a seguito di ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato. I giorni devono essere continuativi e non frazionabili
Rientro sanitario e rientro della salma	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La prestazione viene fornita se l'Assicurato si trova a più di 50 km dal comune di residenza. Il rientro sanitario da paesi diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, da tutti i paesi europei e dai paesi del Bacino del Mediterraneo (Algeria, Cipro, Egitto, Isole Canarie, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia, Turchia) si effettua solo con aereo di linea in classe economica. La Prestazione del trasporto della salma opera solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa. Le spese relative al trasporto salma sono a carico della Struttura Organizzativa, fino ad un massimo di 7.500,00 euro per Assicurato
Viaggio di un familiare	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La prestazione viene fornita se l'Assicurato si trova a più di 50 km dal comune di residenza. Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 250,00 euro per sinistro.
Consegna spesa a domicilio	La Prestazione viene fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi giorni festivi infrasettimanali. Se l'incaricato non può intervenire di persona, la Struttura Organizzativa può autorizzare il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato solo per la spedizione e consegna fino a 50,00 euro per Sinistro. I costi relativi all'acquisto dei generi alimentari sono a carico dell'Assicurato.
Phone caring (programma di assistenza telefonica) per genitori anziani	L'Assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore. La prestazione viene fornita per un massimo di 30 giorni.

Dove vale la copertura?

Art. 17 Validità territoriale

Le Prestazioni Assistenza operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività nella singola Prestazione.
Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le Prestazioni comunque **non operano** nei Paesi:

- che si trovano in stato di guerra dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi:
  - indicati nel sito https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0";
  - quelli il cui stato di guerra è noto e del quale è stata data pubblica notizia;

- nei quali, al momento della denuncia di Sinistro o richiesta di assistenza, ci sono tumulti popolari;
- dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO PER LE PRESTAZIONI ASSISTENZA

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 18 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato per attivare tutte le Prestazioni deve consultare le informazioni disponibili nell'Area Clienti dal sito **www.generali.it** o dall'App MyGenerali.

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato **deve comunicare**:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
d) indirizzo del luogo in cui si trova;
e) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.

Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[2]. Quando contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, l'Assicurato dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

[2] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.

CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE BENESSERE

Che cosa è assicurato?

Art. 1 Assicurati

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto delle persone indicate per nome o che appartengono alle categorie professionali riportate in polizza
La copertura vale per le persone assicurate fino a quando permane il rapporto in considerazione del quale è stata stipulata l'Assicurazione.
Le Garanzie della presente sezione, le somme assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti relativi sono riportate in Polizza per ciascun Assicurato o Categoria assicurata.

Art. 2 Infortunio: eventi compresi

Che cosa è assicurato

Generali Italia copre tutti gli eventi che hanno caratteristica di Infortunio, **non esclusi in maniera espressa**, compresi:

- gli Infortuni causati da imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (colpa grave dell'Assicurato);
- le Lesioni corporali che derivano da tumulti popolari, se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva;
- gli Infortuni subiti in stato di malore, incoscienza o vertigini;
- gli Infortuni che l'Assicurato subisce, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri;
- gli Infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche e inondazioni.

Nell'ambito di operatività della copertura sono inoltre considerati Infortunio e quindi rientrano in copertura:

a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
b) l'assideramento e il congelamento;
c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze se dovute a causa fortuita;
d) l'asfissia di origine non morbosa;
e) l'annegamento;
f) le conseguenze delle infezioni dovute a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **escluse le Malattie**;
g) le malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia se gli Assicurati sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi;
h) gli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
i) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari per la cura delle Lesioni derivanti da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa.

Sono comprese nella copertura **se è stato scelto l'ambito di operatività h24**, e **se conseguenti ad Infortunio**

- le ernie addominali da causa violenta che si manifestano **dopo la stipula della Polizza**; Generali Italia paga solo un'indennità giornaliera da ricovero per l'Intervento chirurgico (valida anche in caso di Day surgery) pari a **1/1000 della somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio**. Se l'ernia addominale, anche bilaterale, è tecnicamente non operabile, Generali Italia paga l'indennità per Invalidità Permanente in misura **non superiore al 20% della relativa somma assicurata**;
- le rotture tendinee sottocutanee, per le quali è riconosciuta **solo** una Invalidità Permanente fino ad un massimo del 3% della somma assicurata senza applicazione di eventuali franchigie;
- le Lesioni muscolari.

ESEMPIO
Polizza Attiva Welfare con somma assicurata pe Invalidità Permanente di 150.000,00 euro, con ambito di operatività h24 e franchigia per Invalidità Permanente del 2%.
Mi procuro un'ernia addominale da causa violenta, se l'ernia è operabile e mi sottopongo ad intervento chirurgico con un ricovero di due giorni, Generali Italia paga un'indennità da ricovero pari a 100,00.
Infatti 150.000 euro *1/1000=150 euro, ma si applica il limite di cui al paragrafo sottostante.
Se invece l'ernia non è tecnicamente operabile una volta stabilizzata la lesione viene valutata la Invalidità Permanente residua e corrisposto il relativo indennizzo.
Quindi se l'invalidità permanente è quantificata nella misura del 5% e applico la franchigia del 2% l'indennizzo per l'ernia inguinale è cosi calcolato
150.000 euro *(5-2=3)%= 4.500 euro

Ci sono limiti di copertura

In caso di ernie addominali da causa violenta l'indennità giornaliera da Ricovero è riconosciuta solo se è stato scelto l'ambito di operatività h24, col limite di 100,00 euro.

In caso di malattie tropicali la copertura opera **solo per le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio o Morte da Infortunio** se previste in polizza nell'ambito dei Massimali previsti per ciascuna garanzia ma con il limite massimo di 500.000 euro.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una **franchigia relativa del 20%: se l'invalidità è di grado inferiore al 21% non è dovuto alcun indennizzo, se è di grado maggiore del 20% verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto all'invalidità accertata**.

Se pur avendo seguito la profilassi di legge contraggo una malattia tropicale, e tale malattia determina un'Invalidità permanente di grado accertato inferiore al 21% Generali Italia non paga alcun indennizzo.
Se viceversa la malattia determina un grado di Invalidità permanente pari o superiore al 21% Generali Italia paga un indennizzo per Invalidità Permanente da infortunio pari al grado di invalidità permanente accertata.

Esempio 1:
somma assicurata: € 100.000
grado di invalidità permanente da infortunio accertato a seguito di malattia tropicale: 20%
Generali Italia non paga alcun indennizzo

Esempio 2:
somma assicurata: € 100.000
grado di invalidità permanente da infortunio accertato a seguito di malattia tropicale: 25%
Generali Italia paga un indennizzo di 25.000 euro

Che cosa è assicurato? Garanzie base

Art. 3 Invalidità permanente da infortunio

La Garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo se l'Infortunio provoca all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.
Accertamento del grado.

Il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali espresse nella **tabella di determinazione (ANIA o INAIL)** indicata in Polizza, **secondo i seguenti criteri:**

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui alla tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, Generali Italia riconosce una percentuale di invalidità del 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si applicano all'arto sinistro e viceversa;
- il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Se permane un residuo deficit visivo Generali Italia paga una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Se un singolo Infortunio interessa più arti o funzioni, l'invalidità complessiva è la somma delle singole invalidità fino a raggiungere il grado massimo del 100%.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio – tabella di determinazione ANIA
Se è indicato in Polizza “Per determinare l’Indennizzo si applica la tabella di determinazione ANIA”, l’accertamento del grado di invalidità permanente è effettuato in base alle percentuali di seguito riportate:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**DX**	**SX**
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell’articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell’alluce	2,5%	
Anchilosi:		
• dell’anca in posizione favorevole	35%	
• del ginocchio in estensione	25%	
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un occhio	25%	
• ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
• un orecchio	10%	
• ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi assoluta nasale:		
• monolaterale	4%	
• bilaterale	10%	
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale	12%	
• una vertebra dorsale	5%	
• 12ª dorsale	10%	
• una vertebra lombare	10%	
Esiti di Frattura di:		
• un metamero sacrale	3%	
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%	

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'Invalidità permanente è effettuata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio – tabella di determinazione INAIL
Se è indicato in Polizza "Per determinare l'Indennizzo si applica la tabella di determinazione INAIL", l'accertamento del grado di Invalidità permanente è effettuato in base alle percentuali previste dalla "tabella INAIL" di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

Determinazione dell'Indennizzo
L'Indennizzo si calcola moltiplicando la somma assicurata per Invalidità permanente per il grado percentuale di invalidità accertata, **dopo aver applicato la Franchigia** scelta dall'Assicurato e indicata in Polizza.

SUPERVALUTAZIONE IP 50% =100%
Se è indicata in Polizza l'opzione SUPERVALUTAZIONE IP 50%=100%, l'Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 50% in base alla tabella di determinazione scelta dall'Assicurato e indicata in Polizza, è considerata Invalidità permanente totale (100%).

SUPERVALUTAZIONE IP 66% =100%
Se è indicata in Polizza l'opzione SUPERVALUTAZIONE IP 66%=100%, l'Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 66% in base alla tabella di determinazione scelta dall'Assicurato e indicata in Polizza, è considerata Invalidità permanente totale (100%).

Ulteriore garanzia: Indennità speciale per menomazioni estetiche

Che cosa è assicurato
Se l'Infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, Generali Italia paga una ulteriore indennità a titolo di Invalidità Permanente.

Ci sono limiti di copertura
Generali Italia non paga alcuna indennità se la deturpazione o lo sfregio determina una Invalidità Permanente di grado inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 5% della totale, Generali Italia liquida l'indennità solo per la parte che eccede il 5% e fino ad un massimo di euro 60.000,00.

ESEMPIO
CASO 1
invalidità permanente accertata per menomazione estetica 6%, somma assicurata Invalidità permanente € 500.000. Indennizzo spettante: 1% (6%-5%) di € 500.000= € 5.000
CASO 2
invalidità permanente accertata per menomazione estetica 20%, somma assicurata Invalidità permanente € 500.000. Indennizzo spettante: 15% (20%-5%) di € 500.000= € 75.000, si liquida il massimo € 60.000

Indennità speciale Salvaguardia piani di risparmio

Che cosa è assicurato
La presente Garanzia opera in caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subìto dall'Assicurato che **è già titolare** al momento dell'evento di polizze di assicurazione sulla vita a premio annuo o unico ricorrente o di piani individuali di previdenza (P.I.P.) **stipulate con Generali Italia.**

In caso di incapacità totale e definitiva dell'Assicurato a svolgere la propria attività professionale indicata in Polizza, Generali Italia - oltre a quanto dovuto in base alle altre Garanzie attivate – emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a premio unico in favore dell'Assicurato, per agevolare la prosecuzione di tali rapporti assicurativi.

Il premio relativo a tale polizza è determinato dalla somma delle voci che seguono:

- ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze Vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;

- ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 (dodici) mesi che precedono la data dell'Infortunio stesso moltiplicato per 5 (cinque).

Ci sono limiti di copertura

Il premio unico della polizza vita emessa da Generali Italia in favore dell'Assicurato non può superare i 100.000,00 euro.

Art. 4 Morte da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di **Infortunio indennizzabile** in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga la somma assicurata per la Garanzia Morte da Infortunio ai Beneficiari indicati in Polizza.

Gli Indennizzi per le Garanzie Morte da infortunio e Invalidità permanente da infortunio non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente in conseguenza dello stesso Infortunio l'Assicurato muore, Generali Italia:

- paga ai soggetti beneficiari la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per la Garanzia Morte da infortunio, se questa è superiore;
- non chiede il rimborso in caso contrario.

Se l'Assicurato scompare o non viene ritrovato e si presume che il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia corrisponde la somma prevista per la Garanzia Morte da infortunio.

Il pagamento è effettuato trascorsi **180 giorni dalla presentazione dell'istanza** per la dichiarazione di morte presunta[3] **se nel frattempo non sono emersi elementi tali da rendere l'evento non indennizzabile.**

Se, dopo il pagamento, risulta che il decesso non si è verificato o che non è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile, Generali Italia ha diritto al rimborso dell'intera somma pagata per la Garanzia Morte da infortunio.

Tuttavia, se l'evento ha causato un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, l'Assicurato ha il diritto di chiedere l'accertamento dell'Invalidità permanente eventualmente subita.

Tale diritto può essere esercitato, anche agli effetti della prescrizione, dal momento in cui l'Assicurato **ricompare o ne è provata l'esistenza. Generali Italia paga all'Assicurato l'Indennizzo eventualmente dovuto solo a condizione di avere ottenuto la restituzione della somma pagata ai Beneficiari per la Garanzia Morte da infortunio.**

RIMPATRIO SALMA

Che cosa è assicurato

Se il decesso che consegue ad Infortunio indennizzabile in base alla Polizza avviene all'estero, la copertura è estesa al rimborso delle spese documentate per il rimpatrio della salma, fino ad un massimo di euro 5.000,00.

Raddoppio Indennizzo in caso di commorienza dell'Assicurato e del coniuge

Se l'Infortunio indennizzabile in base alla Polizza ha come conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e del coniuge con esso convivente, e se tra i beneficiari designati o aventi diritto figurano figli minori o inabili al lavoro in modo permanente, Generali Italia corrisponde a questi ultimi un Indennizzo pari al doppio della quota loro spettante in base al capitale assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia corrisponde a titolo di maggiorazione per commorienza un importo massimo di euro 500.000,00 per Assicurato.

Art. 5 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

In caso di Ricovero reso necessario da Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga all'Assicurato l'indennità giornaliera prevista in Polizza per ogni giorno di degenza.

La Garanzia è estesa al **Day hospital** con indennità giornaliera **ridotta al 50%**.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera per ricovero per un periodo massimo di 360 giorni per Infortunio, anche non consecutivi.

La Garanzia opera previa applicazione della Franchigia, se prevista in Polizza.

INDENNITÀ PER RICOVERO PROLUNGATO

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero di durata **superiore a 15 giorni** Generali Italia paga una ulteriore indennità pari a 4.000,00 euro (corrisposta dopo la dimissione dall'Istituto di cura) e per un massimo di 2 volte per annualità assicurativa.

Ci sono limiti di copertura

La copertura assicurativa è valida solo per Ricoveri presso un Istituto di cura dovuti a infortunio avvenuto dopo l'inizio dell'operatività della polizza.

Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

Art. 6 Pronta liquidazione infortuni

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio, indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per le Lesioni indicate nella tabella che segue, Generali Italia paga un Indennizzo predeterminato calcolato in base alla tabella.

COMPARTO/DISTRETTO ANATOMICO	LESIONE	% DA LIQUIDARE
	Lussazioni	5%
SPALLA	Fratture	5%
	Rotture	5%
BRACCIO / AVAMBRACCIO	Lussazioni	5%
	Fratture	5%
	Rotture	5%
GOMITO	Lussazioni	4%
	Fratture	4%
	Rotture	4%
POLSO	Lussazioni	4%
	Fratture	4%
	Rotture	4%
MANO / DITA	Lussazioni	1,5%
	Fratture	1,5%
	Rotture	1,5%
GAMBA altro	Lussazioni	6%
	Fratture	6%
	Rotture	6%
GINOCCHIO	Lussazioni	5%
	Fratture	5%
	Rotture	5%
CAVIGLIA	Lussazioni	4%
	Fratture	4%
	Rotture	4%
PIEDE	Lussazioni	2%
	Fratture	2%
	Rotture	2%

L'Indennizzo si calcola moltiplicando la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio per la percentuale indicata nella colonna "% DA LIQUIDARE".

Ci sono limiti di copertura

In nessun caso, Generali Italia paga un Indennizzo superiore a 40.000,00 euro per sinistro.

Esempio 1
Infortunio che provoca la Lussazione del polso sinistro
Somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio: 100.000,00 euro
Indennizzo liquidato: 4.000,00 euro (Somma assicurata per IP * 4%)

Esempio 2
Infortunio che provoca una Frattura alla gamba destra
Somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio: 1.000.000,00 di euro
Indennizzo liquidato: 40.000,00 euro
(Somma assicurata per IP * 6%= 60.000,00 euro - limite massimo di Indennizzo per Sinistro 40.000,00 euro)

L'Indennizzo è pagato in deroga a quanto previsto neglii articoli che seguono per accertamento del grado di Invalidità permanente e criteri di indennizzabilità:

- Invalidità permanente da infortunio;
- Criteri di indennizzabilità.

Come opera la copertura

DOCUMENTAZIONE
La Garanzia opera **se l'Assicurato produce la documentazione che segue** come prova delle Lesioni che derivano dall'Infortunio:

- documentazione del Pronto Soccorso, compresi gli esami strumentali eseguiti;

oppure

- esami strumentali (per esempio RX, Ecografia, TAC, RMN) eseguiti nell'immediatezza dell'Infortunio**.**

QUANDO E COME È LIQUIDATO L'INDENNIZZO

- Generali Italia paga l'Indennizzo in base alla tabella **se l'Infortunio provoca solo una delle Lesioni nella stessa previste.** Se Generali Italia paga l'Indennizzo predeterminato nella tabella, **l'Infortunio non è valutato anche in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio.**

- **Se dall'infortunio derivano**
  - **più Lesioni previste nella tabella, allo stesso o a diversi comparti/distretti anatomici,**
  - **una o più delle Lesioni previste nella tabella insieme ad altre Lesioni nella stessa non previste ma indennizzabili in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio,**

  si applicano i normali criteri di indennizzabilità e accertamento del grado di Invalidità permanente previsti per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio.

  In tali casi, Generali Italia paga comunque un Indennizzo complessivo non inferiore a quello che risulta dall'applicazione della tabella alle Lesioni nella stessa previste, **fermo il limite assoluto di 40.000,00 euro**.

- Generali Italia paga l'Indennizzo predeterminato **solo per il primo Infortunio da cui deriva una delle Lesioni previste nella tabella. Gli infortuni successivi al primo** dai quali deriva la stessa Lesione allo stesso comparto/distretto anatomico già indennizzata, **sono invece sempre valutati in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio, con applicazione dell'articolo Criteri di indennizzabilità.**

Che cosa NON è assicurato

Se l'Assicurato dichiara nel Questionario medico precedenti Infortuni, interventi o patologie relativi a un comparto/distretto anatomico presente nella tabella, per tale comparto/distretto anatomico la presente Garanzia non opera e Generali Italia valuta le conseguenze di eventuali Infortuni in base alla Garanzia Invalidità permanente da Infortunio, con applicazione dell'articolo Criteri di indennizzabilità

COME SI LIQUIDA L'INDENNIZZO IN CASO DI INFORTUNI DA CUI DERIVANO PIÙ LESIONI ?

Si applicano i criteri di indennizzabilità e accertamento del grado di Invalidità permanente previsti per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio
Si confronta l'Indennizzo così determinato con l'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni nella stessa previste
Se il primo è inferiore, Generali Italia paga all'Assicurato l'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni, col limite assoluto di 40.000,00 euro

ESEMPI

Garanzie attivate:
Invalidità permanente da infortunio – somma assicurata 100.000,00 euro - Tabella ANIA - Franchigia 3%
- Pronta liquidazione infortuni

1. Infortunio che provoca:
la Frattura di due dita della mano (Lesioni previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)
la Frattura di due costole toraciche (Lesioni non previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)

a) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo Tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 15%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 12%
- Indennizzo liquidato: 12.000,00 euro (15.000,00 euro - 3.000,00 euro di Franchigia)

b) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 5%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 2%
(minore dell'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni alla mano nella stessa previste,
pari a 3.000,00 euro: 100.000,00 * 1,5% per -ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)
- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

2. Infortunio che provoca la Frattura di due dita della mano (Lesioni previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)

a) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 12%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 9%
- Indennizzo liquidato: 9.000,00 euro (12.000,00 euro - 3.000,00 euro di Franchigia)

b) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 2%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 0%
(minore dell'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione per le Lesioni alla mano nella stessa previste,
pari a 3.000,00 euro: 100.000,00 * 1,5% per ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)
- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

ESCLUSIONE CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Quando l'Infortunio provoca solo una delle Lesioni previste nella tabella e Generali Italia paga l'Indennizzo dalla stessa previsto:

- anche le Garanzie di seguito, se attivate, operano in deroga all'articolo Criteri di indennizzabilità:
  - Spese mediche per infortunio
  - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
  - Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio

GARANZIE NON OPERANTI

Se l'Infortunio provoca solo una o più delle Lesioni previste nella tabella e Generali Italia liquida l'Indennizzo forfettario, le Garanzie di seguito non operano:

- **Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio;**
- **Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio;**

Art.7 Rendita vitalizia da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio, indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale è accertato un grado di Invalidità permanente **pari o superiore al 66%**, in base a quanto previsto dalla garanzia invalidità permanente da Infortunio, Generali Italia - oltre a quanto dovuto per contratto – emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia annuale posticipata rivalutabile, di importo annuo pari, al lordo di ritenuta fiscale, alla somma indicata in Polizza.

Art. 8 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio

Che cosa è assicurato

A seguito di Ricovero indennizzato ai sensi della Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, Generali Italia paga anche l'indennità giornaliera prevista in Polizza per la convalescenza.

Come opera la copertura

La copertura opera **solo se** il periodo di convalescenza post ricovero è prescritto nella **cartella clinica alle dimissioni o dal medico specialista che ha in cura l'assicurato.**

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi i periodi di convalescenza che conseguono a un Ricovero per il quale Generali Italia non paga l'Indennità giornaliera ai sensi della Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio.

In caso di day hospital non è riconosciuto il pagamento dell'indennità per convalescenza.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera per convalescenza fino a un massimo di 30 giorni per sinistro.

Se il periodo di convalescenza coincide con uno di immobilizzazione le Indennità giornaliera da convalescenza per Infortunio e Indennità giornaliera per immobilizzazione da Infortunio **non si cumulano e Generali Italia paga solo l'indennità di importo maggiore tra le due.**

Art. 9 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio

Se si verifica un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa e all'Assicurato è applicato un apparecchio gessato o Tutore immobilizzante esterno equivalente, Generali Italia corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza.

Il Tutore immobilizzante esterno equivalente si considera equivalente al gesso in caso di frattura mentre in tutti gli altri casi deve essere prescritto e applicato da personale sanitario specialista con indicazione della durata di utilizzo.

La Garanzia è estesa, anche ai seguenti casi che di immobilità fisica che comportano la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, se non è possibile da un punto di vista clinico applicare l'ingessatura o il tutore immobilizzante esterno equivalente:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura di almeno 6 costole;
- frattura della colonna vertebrale.

Come opera la copertura

L'indennità è corrisposta **a partire dall'undicesimo giorno successivo** a quello dell'applicazione dell'apparecchio gessato, del tutore immobilizzante esterno equivalente o di immobilità fisica **(franchigia di 10 giorni**).

Ci sono limiti di copertura

L'indennità giornaliera è pagata fino alla rimozione della Gessatura o Tutore immobilizzante equivalente esterno, **ma comunque per un periodo non superiore a 100 giorni.**

Se il periodo di immobilizzazione coincide con uno di convalescenza post ricovero l'indennità giornaliera da convalescenza per Infortunio e l'Indennità giornaliera per immobilizzazione da Infortunio **non si cumulano e Generali Italia paga solo l'indennità di importo maggiore tra le due.**

Art. 10 Spese mediche per infortunio

Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in conseguenza dell'Infortunio fino al limite massimo indicato in polizza per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- retta di degenza
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura in caso di Ricovero e rientro al domicilio effettuato con qualsiasi mezzo, **esclusa comunque l'auto privata**;

- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto o noleggio di apparecchi protesici incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da Infortunio.

Generali Italia rimborsa inoltre le spese di trasferimento, anche con aereo, in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'Assicurato se nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'Infortunio l'Assicurato non è curabile.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata e dopo aver presentato la documentazione giustificativa di spesa.
SCOPERTO
Se per la Garanzia Spese mediche per Infortunio sono **indicati in Polizza** Scoperto e minimo, **questi operano per ogni Sinistro.**

Art.11 Cure fisioterapiche per infortunio

La presente garanzia opera, entro il Massimale indicato in polizza, a copertura delle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio per trattamenti fisioterapici e rieducativi.

Ci sono limiti di copertura

I trattamenti sono in copertura se eseguiti nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio.

Art.12 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio

Se l'Infortunio indennizzabile in base alla Polizza ha come conseguenza un'Inabilità Temporanea, intesa quale perdita temporanea in misura parziale o totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, Generali Italia paga l'indennità giornaliera indicata in Polizza, **per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'Infortunio**, con le seguenti modalità:

- forma integrale, per ogni giorno di incapacità totale,
- al 50%, per ogni giorno di incapacità parziale.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è corrisposto dal giorno successivo a quello dell'Infortunio e cessa il giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione. **I certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.**

Ci sono limiti di copertura

La somma assicurata per Inabilità Temporanea è corrisposta con le modalità che seguono per scaglione di somma assicurata:

- **fino a euro 30,00 dal giorno successivo all'infortunio denunciato**
- **oltre 30,00 euro e fino a 60,00 euro a partire dall'undicesimo giorno (franchigia assoluta di 10 giorni);**
- **oltre euro 60,00 a partire dal sedicesimo giorno (franchigia assoluta di 15 giorni).**

Art.13 Responsabilità Civile del Contraente

ACCANTONAMENTO E LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO INFORTUNI

L'assicurazione infortuni è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del Sinistro.

Se l'infortunato o, in caso di morte, i suoi Beneficiari (o qualcuno di essi) ritengono, per il danno subito, insufficiente l'Indennizzo dovuto in base all'assicurazione infortuni e richiedono al Contraente, a titolo di responsabilità civile, un risarcimento superiore, l'Indennizzo stesso viene accantonato fino a definizione della vertenza e:

- In caso di transazione o di condanna definitiva del Contraente, è computato nel risarcimento dovuto;
- In caso di rinuncia all'azione o di soccombenza da parte dell'infortunato o dei Beneficiari, è pagato agli stessi al netto delle spese sostenute dal Contraente e da Generali Italia.

INTEGRAZIONE DELL'INDENNIZZO

Generali Italia si impegna a tenere indenne il Contraente delle maggiori somme che è tenuto a corrispondere quale responsabile civile per Invalidità permanente da infortunio o Morte da infortunio in eccedenza alla somma pagata in base all'assicurazione infortuni.

Che cosa NON è assicurato

La Garanzia non è prestata quando gli infortunati sono:

a) legale rappresentante, amministratore o socio a responsabilità illimitata della società Contraente;

b) parenti o affini del Contraente o di uno degli altri soggetti di cui alla lettera a) che con questi convivono in maniera stabile.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata per una somma dello stesso importo di quella accantonata e liquidata in base all'assicurazione infortuni, con il limite massimo di:

- **250.000,00 euro nel caso di un singolo infortunato;**
- **1.000.000,00 di euro nel caso di più Assicurati infortunati nello stesso Sinistro.**

OBBLIGHI, GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

Il Contraente, appena ne ha conoscenza, deve dare immediata comunicazione a Generali Italia di qualunque procedimento penale o azione in sede civile iniziati a seguito di Infortunio, di qualsiasi domanda proposta dagli infortunati, dai loro Beneficiari o aventi diritto per ottenere il risarcimento del danno a titolo di responsabilità civile e trasmettere documenti, notizie e quant'altro riguarda le vertenze.

Fino a quando ne ha interesse e sostenendone le spese a termini di legge[1], Generali Italia assume, a nome del Contraente, la gestione delle vertenze in sede stragiudiziale e giudiziale, sia civile che penale, e si avvale di tutti i diritti e le azioni a esso spettanti.

Generali Italia non risponde di multe, ammende e spese di giustizia penale.

[1] Art. 1917 del Codice civile.

Con quali condizioni operative assicuriamo?

Art.14 Operatività dell'assicurazione infortuni

Se è stato scelto l'**ambito di operatività h24**, l'Assicurazione vale per gli Infortuni subìti dall'Assicurato nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in Polizza e ogni altra attività relativa alla vita privata e familiare.

Se è stato scelto l'**ambito di operatività solo professionale,** l'Assicurazione vale per gli Infortuni subìti dall'Assicurato nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in Polizza. Se confermati dal datore di lavoro, sono inoltre inclusi:

- gli Infortuni subìti dall'Assicurato durante il tragitto da casa al posto di lavoro e viceversa, effettuato con gli ordinari mezzi di trasporto privati o pubblici, nei limiti di tempo necessari, in maniera oggettiva, per compiere il tragitto stesso
- gli Infortuni subìti dall'Assicurato durante il tragitto abituale per la consumazione dei pasti.

Se è stato scelto l'**ambito di operatività solo extraprofessionale**, l'Assicurazione vale per gli Infortuni subìti dall'Assicurato nello svolgimento di ogni normale attività che **non ha carattere professionale**, che riguarda le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby e in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana. In caso di operatività solo extraprofessionale **sono quindi esclusi tutti gli Infortuni che si verificano mentre si svolgono attività a carattere professionale** e, per chi è soggetto all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, sono esclusi gli Infortuni che rientrano nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

Art. 15 Criteri di indennizzabilità

Generali Italia paga l'Indennizzo solo per le **conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio** che risulta indennizzabile in base alla copertura assicurativa.

Sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili:

- l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;
- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle Lesioni prodotte dall'Infortunio.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o Difetti fisici, l'Indennizzo per invalidità permanente da infortunio è corrisposto per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio come se esso avesse colpito la persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Che cosa NON è assicurato?

***Art. 16* Esclusioni sezione Benessere**

Sono esclusi dalla copertura assicurativa

- **gli Infortuni causati da:**
  - **a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta, se rinnova il documento entro 3 mesi o se il mancato rinnovo entro 3 mesi è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso)**;**
  - **b) abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;**
  - **c) uso di mezzi subacquei;**
  - **d) guerra e insurrezione** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato sorpreso da tali eventi all'estero **nel limite di 14 giorni dopo l'inizio delle ostilità**)**;**
  - **e) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;**
  - **f) in maniera diretta o indiretta, contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
  - **g) in maniera diretta o indiretta, trasmutazione del nucleo dell'atomo, o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
  - **h) la pratica di qualsiasi attività sportiva professionale.** Per tale si intende un'attività sportiva svolta a titolo oneroso;
  - **i) azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di epilessia o una delle infermità mentali: che seguono: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive;**
  - **j) gli Infortuni accaduti: alla guida o in qualità di personale di bordo di aeromobili in genere o in qualità di passeggero su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su aeromobili di aeroclub, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);**
  - **k) durante attività di paracadutismo;**
  - **l) in stato di ebbrezza, se alla guida di mezzi di locomozione;** per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro;
- **gli Infortuni che derivano da:**
  - **m) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato anche in concorso;**
  - **n) uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti agli sport motoristici (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti in occasione di motoraduni o autoraduni);**
  - **o) partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) con uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;**
- **sono inoltre esclusi:**
  - **p) infarti, ernie, rotture sottocutanee di tendini salvo quanto previsto dall'articolo *Infortunio: eventi compresi.***

Ci sono limiti di copertura?

Art. 17 Infortunio: limite per unico evento

In caso di un Infortunio che colpisce in contemporanea più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, **la somma massima complessiva che Generali Italia paga non può superare l'importo di euro 10.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente Polizza e con eventuali altre polizze stipulate per lo stesso Rischio con Generali Italia.**

Le indennità liquidabili sono ridotte in proporzione se nel loro complesso eccedono tale importo.

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

SEZIONE BENESSERE			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Invalidità Permanente da Infortunio	Indicata in polizza	-	

Solo se l'ambito di operatività è h24			
Ernie addominali da causa violenta (operabili) – indennità giornaliera per Ricovero con Intervento chirurgico	-	-	1/1000 della somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio con il massimo di 100,00 euro.
Ernie addominali da causa violenta (non operabili) – indennità per Invalidità permanente	-	-	20% della somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio
Rotture tendinee sottocutanee		-	3% della somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio
Pronta Liquidazione Infortuni			Limite per Sinistro 40.000 euro
Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio	Indicata in polizza		Massimo 360 giorni per Infortunio (anche non consecutivi) Indennità ridotta del 50% in caso di Day hospital.
Rendita vitalizia da infortunio	IP pari o superiore a 66%		
Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio	-	-	Solo a seguito di Ricoveri per i quali viene corrisposta anche l'indennità giornaliera per ricovero da Infortunio. Massimo 30 giorni per sinistro
Indennità giornaliera per immobilizzazione da Infortunio			Periodo dall'applicazione alla rimozione della Gessatura o del Tutore immobilizzante esterno equivalente con il massimo di 20 giorni
Spese mediche per Infortunio			
Cure fisioterapiche per infortunio	-	-	Spese sostenute nei 90 giorni successivi alla data dell'Infortunio
Indennità giornaliera per Inabilità temporanea da infortunio	Franchigia per scaglioni di somma assicurata (10 giorni oltre 30,00 euro e fino a 60,00 euro e 15 giorni per l'eccedenza)		Massimo un anno dall'Infortunio
Responsabilità civile del Contraente			300.000,00 euro per infortunio 2.000.000,00 euro se l'evento colpisce più Assicurati

[3] Artt. 60 e 62 del Codice civile..

CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE PROTEZIONE PLUS

Che cosa è assicurato?

Art. 1 Assicurati

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto delle persone indicate per nome o che appartengono alle categorie professionali riportate in polizza
La copertura vale per le persone assicurate fino a quando permane il rapporto in considerazione del quale è stata stipulata l'Assicurazione.
Le Garanzie della presente sezione, le somme assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti relativi sono riportati in Polizza per ciascun Assicurato o Categoria assicurata.

Che cosa è Assicurato? Garanzia Base

Art. 2 Invalidità permanente da malattia

Che cosa è assicurato

La Garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo se la Malattia denunciata provoca all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come una riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro (riferimento tabella ANIA).

La Garanzia opera per l'Invalidità permanente che consegue a Malattia diagnosticata **dopo la data di effetto della Garanzia e non oltre la scadenza della stessa**.

È inoltre compresa l'Invalidità permanente che consegue a Malattia insorta durante il periodo di validità della Garanzia ma diagnosticata **entro i 6 mesi successivi alla scadenza** della Garanzia.

Criteri di indennizzabilità

Generali Italia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive e constatabili in maniera oggettiva dell'Invalidità permanente che deriva dalla singola Malattia denunciata, **se questa non risulta causata o concausata da Malattia preesistente alla data di effetto della Garanzia.**

Non sono indennizzabili le **conseguenze di Malattie preesistenti alla data di stipula**; inoltre, nella valutazione dei postumi, **si tiene conto solo delle conseguenze dirette o indirette della singola Malattia denunciata - se indennizzabile in base alla copertura assicurativa - e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o Difetti fisici preesistenti la stipula.**

Se l'Assicurato **denuncia più patologie**, in contemporanea o in momenti successivi, la valutazione dell'Invalidità permanente viene effettuata **sulle singole Malattie denunciate**.

Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento sia nel caso di nuove Malattie che determinano un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno (per IP pari o superiore al 21% - Franchigia 20%)

Se per l'assicurato/categoria assicurata è indicata in Polizza la Franchigia del 20%, il grado di Invalidità permanente è accertato in un periodo compreso **tra i 150 e non oltre i 210 giorni dalla data di denuncia della Malattia, Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 21% della totale.**

Se è accertato un grado di invalidità pari o superiore al 21% l'Indennizzo si calcola moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità da liquidare ("% da liquidare") indicata in tabella, in corrispondenza della percentuale di invalidità accertata ("% accertata"):

% accertata	% da liquidare
Inferiore a 21	0
21	1
22	2

% accertata	% da liquidare
44	46
45	48
46	50

23	4
24	6
25	8
26	10
27	12
28	14
29	16
30	18
31	20
32	22
33	24
34	26
35	28
36	30
37	32
38	34
39	36
40	38
41	40
42	42
43	44

47	52
48	44
49	46
50	58
51	60
52	62
53	64
54	66
55	68
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
66 e oltre	100

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno (per IP pari o superiore al50% - Franchigia 49%)

Se per l'Assicurato/categoria assicurata è indicata in Polizza la Franchigia del 49%, il grado di Invalidità permanente viene accertato in un periodo compreso **tra i 150 e non oltre i 210 giorni dalla data di denuncia della Malattia**.

Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 50% della totale.

Se è accertato un grado di Invalidità pari o superiore al 50%, l'Indennizzo viene corrisposto al 100%.

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno (per IP pari o superiore al 50% - Franchigia 49% solo dirigenti)

Se per l'Assicurato/categoria assicurata è indicata in Polizza la Franchigia del 49% solo dirigenti, il grado di Invalidità permanente, intesa quale perdita definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio dell'attività dell'Assicurato, tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro con il Contraente e dell'attività di dirigente in genere, viene accertato in un periodo compreso **tra i 150 e non oltre i 210 giorni dalla data di denuncia della Malattia** e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 50% della totale.

Se è accertato un grado di Invalidità pari o superiore al 50%, l'Indennizzo viene corrisposto al 100%.

L'indennizzo pagato non si cumula con quello eventualmente percepito per le malattie professionali di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 T.U., come in vigore al 24 luglio 2000.

Ci sono limiti di copertura

Si applica la Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato/Categoria assicurata.

Che cosa è Assicurato? Garanzie accessorie

Art. 3 Rendita vitalizia da Malattia

Che cosa è assicurato

In caso di Malattia indennizzabile in base alla Garanzia Invalidità permanente da malattia, se il grado di Invalidità permanente accertato sulla base dei criteri previsti per la suddetta Garanzia è pari o superiore all'80%, Generali Italia – oltre a quanto dovuto per la Garanzia Invalidità permanente da malattia– emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia annuale posticipata rivalutabile di importo annuo pari, al lordo di ritenuta fiscale, alla somma indicata in Polizza.

Art. 4 Invalidità permanente da ictus o infarto

Che cosa è assicurato

La Garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo se a seguito di ictus o infarto consegue all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come una riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro (riferimento tabella ANIA).

Ai fini della presente Garanzia si intende per:

- **Infarto**: coronaropatia se provoca necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la Diagnosi è formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: dolore precordiale, alterazioni tipiche all'ECG, aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;
- **Ictus**: accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia o infarto cerebrale (trombosi o embolia) a esordio brusco che produce danno neurologico subito riscontrato in ambito di Ricovero in Istituto di cura.

La Garanzia vale per le Invalidità permanenti che conseguono a Ictus o Infarto occorsi all'Assicurato dopo la data di effetto della Garanzia **e non oltre la scadenza della stessa**.

Criteri di indennizzabilità

Generali Italia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive e constatabili in maniera oggettiva dell'Invalidità permanente che deriva dall'Ictus o Infarto denunciato, **se questo non risulta causato o concausato da Malattia preesistente la stipula.**
Non sono indennizzabili le conseguenze di Malattie preesistenti alla data di stipula; inoltre, **nella valutazione dei postumi, si tiene conto solo delle conseguenze dirette e esclusive della Malattia denunciata – se indennizzabile in base alla copertura assicurativa - e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o Difetti fisici preesistenti la stipula**.

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno

Il grado di Invalidità permanente viene accertato in un periodo compreso **tra i 150 e i 210 giorni dalla data di denuncia Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 21% della totale.**

Se è accertato un grado di Invalidità **pari o superiore al 21%** l'Indennizzo si calcola moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità da liquidare ("% da liquidare") indicata in tabella, in corrispondenza della percentuale di invalidità accertata ("% accertata"):

% accertata	% da liquidare
Inferiore a 21	0
21	1
22	2
23	4
24	6
25	8
26	10
27	12
28	14
29	16
30	18
31	20
32	22
33	24
34	26
35	28
36	30
37	32
38	34
39	36
40	38
41	40
42	42
43	44

% accertata	% da liquidare
44	46
45	48
46	50
47	52
48	44
49	46
50	58
51	60
52	62
53	64
54	66
55	68
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
66 e oltre	100

Che cosa NON è assicurato?

Art. 5 Esclusioni

L'assicurazione non comprende le Invalidità permanenti che derivano diretta da:

a) stati invalidanti preesistenti alla stipula del contratto;

b) malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti o diagnosticati prima della stipula del contratto;

c) le seguenti infermità mentali e patologie collegate: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive;

d) abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;

e) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Sono invece incluse in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato;

f) sieropositività HIV, AIDS;

g) epilessia;

h) trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

SEZIONE PROTEZIONE PLUS			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Invalidità permanente da malattia	20% o 49% (come indicato in Polizza)	-	-
Invalidità permanente da ictus o infarto	20%	-	-

CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE SALUTE

Che cosa è assicurato?

Art. 1 Assicurati

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto delle persone nominativamente indicate o che appartengono alle categorie professionali riportate in polizza

Art. 2 Garanzie

Le Garanzie della presente sezione, le somme assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti sono riportati in Polizza per ciascun Assicurato o Categoria assicurata.

Le garanzie in base a quanto indicato in polizza possono valere:

- per il solo assicurato indicato per nome o tutte le persone che appartengono alla Categoria assicurata
- per l'assicurato indicato per nome e suo Nucleo familiare o tutte le persone che appartengono alla Categoria assicurata e rispettivi nuclei familiari;
- per l'assicurato indicato per nome o per tutte le persone che appartengono alla Categoria assicurata con possibilità di estendere la copertura ai propri nuclei familiari.

Art. 3 Massimali e somme assicurate

I Massimali indicati in polizza per le garanzie della Sezione Salute operano come segue.

1) Se in polizza è riportato che le garanzie operano per Categoria o per Assicurato indicato per nome, i Massimali si intendono come disponibilità unica per annualità assicurativa per ogni persona che appartiene alla Categoria assicurata o per il solo assicurato indicato per nome (massimale per persona).

.

Esempio 1
Polizza Attiva Welfare con Garanzie della sezione Salute per Categoria.
È prevista la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche per la categoria impiegati dell'azienda Contraente con un Massimale annuo di 100.000,00 euro.
Questo Massimale è valido per ciascun impiegato dell'azienda contraente

Esempio 2
Polizza Attiva Welfare con Garanzie della sezione Salute per Assicurato nominativamente indicato.
È prevista la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche per gli assicurati Mario Rossi e Giuseppe Verdi.
Per ciascuno degli assicurati viene indicato un Massimale annuo di 100.000,00 euro valido. Che rappresenta la disponibilità per ciascun assicurato per l'intera annualità assicurativa.

2) Se in polizza è riportato che le garanzie operano per Categoria oppure per Assicurato indicato per nome e per i rispettivi nuclei familiari, i Massimali riportati in polizza si intendono come disponibilità unica per annualità assicurativa per l'intero Nucleo familiare di ogni persona che appartiene alla Categoria oppure per l'intero Nucleo familiare dell'assicurato indicato per nome (Massimale per Nucleo).

Esempio 1
Polizza Attiva Welfare con Garanzie della sezione Salute per Categoria e Nucleo familiare.
È prevista la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche per la categoria impiegati dell'azienda Contraente con un Massimale annuo di 100.000,00 euro.
Questo Massimale è valido l'intero Nucleo familiare di ciascun impiegato dell'azienda contraente.

Esempio 2
Polizza Attiva Welfare con Garanzie della sezione Salute per Assicurato nominativamente indicato e Nucleo familiare.
È prevista la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche per l'assicurato Mario Rossi un Massimale annuo di 100.000,00 euro valido, che rappresenta la disponibilità per l'intera annualità assicurativa per l'intero Nucleo familiare dell'assicurato Mario Rossi

3) Se in polizza è riportato che le garanzie operano per Categoria oppure per Assicurato indicato per nome con estensione facoltativa ai rispettivi nuclei familiari, i Massimali indicati in polizza sono da intendersi:

- come disponibilità unica per annualità assicurativa per Categoria assicurata o per il solo assicurato indicato per nome (Massimale per persona) se non è stata effettuata l'estensione al Nucleo;
- come disponibilità unica per annualità assicurativa per l'intero Nucleo familiare di ogni persona che appartiene alla Categoria oppure per l'intero Nucleo familiare dell'assicurato indicato per nome (Massimale per Nucleo) se è stata

effettuata l'estensione facoltativa al Nucleo.

Esempio
Polizza Attiva Welfare con Garanzie della sezione Salute per Categoria con estensione facoltativa al Nucleo familiare.
È prevista la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche per la categoria operai dell'azienda Contraente con un Massimale annuo di 100.000,00 euro.
Questo Massimale è valido:
- **per l'intero Nucleo familiare di ogni operaio che ha effettuato l'estensione facoltativa al Nucleo;**
- **per il solo operaio nel caso nel quale non è stata effettuata l'estensione facoltativa al Nucleo**

Esempio di Massimale per Nucleo familiare
Polizza Attiva Welfare con Garanzie della sezione Salute per Categoria e Nucleo familiare.
È prevista la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche per la categoria operai dell'azienda Contraente con un Massimale annuo di 100.000,00 euro.
Questo Massimale è valido per l'intero del Nucleo familiare di ogni operaio Assicurato.
Il Nucleo familiare di uno degli operai assicurati è composto da 5 persone.
Uno dei membri del Nucleo familiare sostiene un intervento chirurgico per il quale Generali Italia rimborsa 60.000 euro.
Il massimale residuo dopo la liquidazione è di 40.000 euro e può essere utilizzato fino al suo esaurimento da tutti i membri del nucleo familiare, quindi:
- dal membro stesso cui è già stato liquidato il sinistro, se deve sostenere ulteriori spese mediche;
- da ciascuno degli altri membri del nucleo familiare, per le spese mediche di cui necessitano.

Per le garanzie che seguono:
- Indennità giornaliera per ricovero da malattia
- Indennità giornaliera per convalescenza da malattia
- Indennizzo forfettario per gravi eventi

le somme assicurate indicate in polizza valgono sempre per ciascun appartenente alla categoria o assicurato indicato per nome e per ogni appartenente ai rispettivi nuclei familiari se previsto in polizza, o se – ove previsto - è stata effettuata l'estensione al Nucleo familiare.

Che cosa è assicurato? Garanzia base

Art. 4 Interventi chirurgici ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale indicato in polizza le spese sanitarie di seguito elencate sostenute in caso di Intervento chirurgico indicato nell'**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE**, dovuto a Malattia o Infortunio

Elenco delle Spese:

a) onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate;
b) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di Ricovero;
c) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni che precedono la data dell'intervento chirurgico o il Ricovero in istituto di cura, riconducibili alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
d) rette di degenza;
e) esami e visite specialistiche, farmaci, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto o noleggio di apparecchi protesici comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, riconducibili alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
f) 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;
g) vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un solo accompagnatore dell'Assicurato;
h) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa;
i) trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata);
j) in caso di decesso che consegue ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Se il ricovero per l'Intervento chirurgico ad alta specializzazione avviene in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce un'indennità giornaliera di importo indicato in polizza.
Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere c), e), g), h), i), j) – sono oggetto di rimborso da parte di Generali Italia se indennizzabili in base alla copertura assicurativa.

In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione economicamente più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute (sia direttamente da Generali Italia presso Struttura medica Convenzionata che dall'Assicurato a rimborso) e l'Indennità sostitutiva.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto**, se indicati in Polizza;

Le spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento indicate alle lettere c) ed e) sono garantite in caso di pagamento a rimborso sempre con applicazione di uno scoperto del 15% anche in caso di indennità sostitutiva.

Lo Scoperto non si applica alle spese elencate alle lettere g), h), i), j).

- Le spese **per rette di degenza** sono garantite - in caso di Pagamento a rimborso - **con uno dei limiti in base a quanto indicato in polizza**:
  - **250 euro al giorno**

  oppure
  - **400 euro al giorno elevate a 1.000 euro per ricoveri in terapia intensiva**.
- Le spese per il **vitto e pernotto dell'accompagnatore** sono garantite con **il massimo di 60 euro al giorno** e per una durata non superiore al ricovero **per un massimo di 30 giorni per ricovero e per annualità assicurativa**.
- Le spese per il **trasporto dell'Assicurato** in autoambulanza sono garantite con il **massimo di 1.100 euro**.
- Le spese per il **trasporto all'estero dell'Assicurato e di un suo eventuale accompagnatore** sono garantite **con il massimo di 2.000 euro**.
- Le spese per il **rimpatrio della salma** dall'estero sono garantite con il massimo di 1.600 euro.
- **L'indennità sostitutiva è riconosciuta per massimo 100 giorni per annualità assicurativa e per sinistro**.

Art. 5 Spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale e indicato in polizza le spese sanitarie sostenute in caso di:

- **Ricovero** con o senza intervento,
- **Day hospital**,
- **Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale**,

  subìti dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia e resi necessari da Malattia, Infortunio, parto, aborto spontaneo o terapeutico.

Elenco delle spese:

a) onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; **le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate con pagamento diretto;**
b) 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;
c) **in caso di parto:** l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
d) rette di degenza;
e) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni che precedono la data dell'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura**, riconducibili alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni, **escluso il caso di parto**;
f) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto o noleggio di apparecchi protesici e comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero,** riconducibili alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni, **escluso il caso di parto**;
g) 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;

k) vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un solo accompagnatore dell'Assicurato **e solo per il periodo durante il quale l'Assicurato è ricoverato presso l'Istituto di cura, escluso il caso di parto**;

h) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, **escluso il caso di parto**;

i) trasporto all'estero dell'Assicurato e di un suo eventuale accompagnatore e il loro relativo ritorno in treno o in aereo di linea, **escluso il caso di parto**;

j) in caso di decesso che consegue ad intervento chirurgico effettuato all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma**.**

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 19) Esclusioni della sezione Salute Generali Italia riconosce le spese sostenute per interventi per la cura o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione per deficit visivo superiore alle 4 diottrie. **Sono riconosciute solo le spese per l'intervento e non le spese di cui alle lettere da e) a j).**

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Se il ricovero o la degenza in regime di Day hospital/Day surgery, avviene in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce un'indennità giornaliera di importo indicato in polizza.
L'importo è riconosciuto:

- in maniera integrale per ogni pernottamento in Istituto di cura;
- ridotto al 50 % nel caso di Day hospital/Day surgery;
- ridotto al 50% in caso di cure oncologiche non chirurgiche eseguite in regime ambulatoriale (es: MAC) o di Day hospital.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere e), f), k), h), i), j) – sono oggetto di rimborso da parte di Generali Italia se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, **eccetto il caso di cure oncologiche non chirurgiche eseguite in regime ambulatoriale**.

In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione economicamente più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute (sia direttamente da Generali Italia presso Struttura medica Convenzionata che dall'Assicurato a rimborso) e l'Indennità sostitutiva.

Che cosa NON è assicurato

L'indennità sostitutiva giornaliera non è corrisposta per Interventi chirurgici ambulatoriali.

BONUS FAMIGLIA

In caso di parto **che può essere indennizzato** ai sensi della presente garanzia Generali Italia paga all'assicurata un'ulteriore indennità forfettaria di 300,00 euro per neonato.
Generali Italia paga l'indennità se alla data del parto l'azienda Contraente è in possesso di certificazione ISO 45001.

Esempio 1
Polizza Attiva Welfare con Garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche.
L'assicurata sostiene un ricovero per parto, nel quale nascono due gemelli.
Generali Italia, se il ricovero è indennizzabile in base alla copertura assicurativa, riconosce le spese per il ricovero e – se l'azienda Contrante è certificata ISO45001 - paga il Bonus Bebè di 300 euro per neonato (300 euro x2= 600 euro).

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto**, se indicati in Polizza;

Le spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento indicate alle lettere e) e f) sono garantite in caso di pagamento a rimborso sempre con applicazione di uno scoperto del 15% anche in caso di indennità sostitutiva.

Lo Scoperto non si applica alle spese elencate alle lettere k), h), i), j).

- Le spese relative al Ricovero per **parto naturale** sono garantite con il **massimo di 2.600,00 euro e con un limite per le rette di degenza fino a 150 euro al giorno**.
- Le spese relative al Ricovero per parto cesareo sono garantite con il **massimo di 7.500,00 euro e con un limite per le rette di degenza fino a 250 euro al giorno**.
- Le spese per **rette di degenza per tutti gli altri Ricoveri, Day surgery, Day hospital** sono garantite - in caso di Pagamento a rimborso - **con uno dei limiti in base a quanto indicato in polizza**:
  - **250 euro al giorno**

  oppure

- **400 euro al giorno elevate a 1.000 euro per ricoveri in terapia intensiva.**

- Le spese per il vitto e pernotto dell'accompagnatore sono garantite con il massimo di 60 euro al giorno e per una durata non superiore al ricovero per un massimo di 30 giorni per ricovero e per annualità assicurativa.
- Le spese per il **trasporto dell'Assicurato** in autoambulanza sono garantite con il **massimo di 1.100 euro**.
- **L'indennità sostitutiva è riconosciuta per massimo 100 giorni per annualità assicurativa e per sinistro.**
- Le spese per il **trasporto all'estero dell'Assicurato e di un suo eventuale accompagnatore** sono garantite **con il massimo di 2.000 euro**.
- Le spese per il **rimpatrio della salma** dall'estero sono garantite con il massimo di 1.600 euro.
- Le spese per l'intervento per la correzione di vizi di rifrazione sono garantite con il massimo di 2.400 euro per annualità assicurativa (1.200 euro per occhio).

In caso di pagamento a rimborso, fermi scoperti o franchigie previsti, per gli interventi di cui sotto sono previsti gli specifici limiti di indennizzo indicati:

- **Facoemulsificazione ed asportazione di cataratta ed impianto di cristallino artificiale (IOLneutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio): 2.000 euro**
- **Riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica): 2.700 euro**
- **Sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale, S.di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc.): 1.540 euro**
- **Trattamento chirurgico dito a martello: 1.300 euro**
- **Trattamento chirurgico dito a scatto: 1.200 euro**
- **Legatura emorroidi: 300 euro**
- **Biopsia della prostata: 415 euro**
- **Agobiopsia mammella: 250 euro**
- **Patologie cutanee - a eccezione delle neoformazioni maligne - trattamento e /o asportazione: 350 euro**

Che cosa è assicurato? Garanzia accessorie

Art. 6 Maternità

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese relative alle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza fisiologica o patologica certificata:

- ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- Amniocentesi o Villocentesi o test equivalente (a titolo esemplificativo e non esaustivo Harmony test)
- visite di controllo ostetrico ginecologiche
- ecocardiografia fetale
- 1 visita di controllo ginecologico post parto
- 2 visite urologiche
- un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è prestata entro il Massimale indicato in polizza da considerarsi quale disponibilità unica per l'intero periodo di gravidanza, anche se questa si protrae per due annualità assicurative.

Le spese devono essere sostenute nel periodo di validità dell'Assicurazione.

Art. 7 Cure oncologiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale indicato in polizza le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica ed eseguite in regime ambulatoriale (es: MAC) o Day hospital.

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

Art. 8 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale indicato in polizza le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia o infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione non collegate a ricovero.

Elenco delle prestazioni:

- Angiografia
- Arteriografia
- Cistografia
- Coronarografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Endoscopia effettuata con endoscopio con o senza biopsia
- Esame urodinamico completo
- Holter
- Isterosalpingografia
- Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto**, se indicati in Polizza.

L'assicurato deve presentare la prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 9 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sostenute a seguito di Malattia o Infortunio per:

- onorari dei medici per Visite specialistiche **(escluse comunque le visite pediatriche di routine e di controllo della crescita, odontoiatriche ed ortodontiche)** intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, riconducibili alla malattia o infortunio denunciati.

In caso di Infortunio documentato da certificazione di Pronto soccorso attestante la natura delle lesioni subite, sono comprese in garanzia anche le prestazioni ambulatoriali mediche specialistiche o infermieristiche **(eseguite da operatori in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale) effettuate entro un anno dalla data dell'infortunio**.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto**, se indicati in Polizza.

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

L'assicurato deve presentare la prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 10 Protesi

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa entro il Massimale indicato in polizza le spese sostenute per l'acquisto o la riparazione di Protesi ortopediche e Apparecchi acustici a seguito di Infortunio o Malattia.

Solo in caso di infortunio è incluso in garanzia acquisto o noleggio (per il periodo massimo di 1 anno) di carrozzelle ortopediche.

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

Art. 11 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale indicato in polizza le spese sanitarie sostenute a causa di Infortunio o Malattia per trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese logopedia, ortottica e infiltrazioni. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista, con specializzazione relativa alla malattia o infortunio denunciato, e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso. Si precisa che sono ammesse a rimborso solo le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'infortunio, **accaduto nel periodo di validità della polizza**.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto**, se indicati in Polizza.

Art. 12 Medicinali

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale indicato in polizza le spese sostenute per l'acquisto di medicinali prescritti da medico curante o specialista, **riconducibili alla malattia o infortunio denunciati**.

Art. 13 Trattamenti psicoterapici

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale indicato in polizza le spese sostenute per trattamenti psicoterapici relativi a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 18 lettera g) della sezione Salute.

Art. 14 Cure dentarie

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce entro il Massimale previsto in polizza, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 18 lettera n) della sezione Salute le spese sostenute per le prestazioni dentarie che seguono:

Visite
Igiene orale
Visita emergenza
Conservativa
Radiologica odontoiatrica
Chirurgia
Endodonzia
Paradontologia
Protesi
Ortognatodonzia
Implantologia

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è prestata nei limiti e con le opzioni di **Scoperto indicati nella tabella che segue (la cifra riportata con la % indica la quota di spesa che rimane a carico dell'assicurato).**

L'opzione di scoperto scelta è riportata in polizza.

	OPZIONE 1		OPZIONE 2		OPZIONE 3		OPZIONE 4		OPZIONE5	
TIPO PAGAMENTO	Diretto	Rimborso	Diretto	Rimborso	Diretto	Rimborso	Diretto	Rimborso	Diretto	Rimborso
Prestazioni:										
Visite	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**
Igiene orale	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**	**Nessuno scoperto**	**Prestazione non in garanzia**
Visita emergenza	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**
Conservativa	**50%**	**70%**	**10%**	**30%**	**10%**	**30%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**
Radiologia odontoiatrica	**10%**	**50%**	**10%**	**30%**	**10%**	**30%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**
Chirurgia	**10%**	**50%**	**10%**	**30%**	**10%**	**30%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**
Endodonzia	**50%**	**70%**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**		**10%**	**30%**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**

Paradontologia	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**Nessuno scoperto**	**20%**	**Nessuno scoperto**	**20%**
Protesi	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**		**20%**	**40%**
Ortognatodonzia	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**		**20%**	**40%**
Implantologia	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**	**non in garanzia, solo accesso a tariffe convenzionate a carico dell'assicurato**		**20%**	**40%**

Art. 15 Cure dentarie da infortunio

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa entro il Massimale indicato in polizza, a parziale deroga dell'art. 18 Esclusioni - lett. n) della sezione Salute, le spese sostenute per cure e protesi dentarie a seguito di infortunio. L'infortunio deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso a cui si è fatto immediato ricorso.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione di uno **Scoperto** del 20% delle spese sostenute.

Art. 16 Lenti correttive

Che cosa è assicurato

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

Art. 17 Indennità Giornaliera per ricovero da malattia o parto

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero reso necessario da Malattia, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico dell'Assicurato, Generali Italia paga l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza, **con esclusione del giorno di dimissione**.

La Garanzia è estesa al **Day hospital** con indennità giornaliera **ridotta al 50%**.

Generali Italia paga l'indennità anche in caso di ricovero dell'Assicurato per interventi chirurgici resi necessari per la donazione di organi.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera per ricovero per un periodo massimo di 360 giorni per sinistro e per annualità assicurativa.

INDENNITÀ PER RICOVERO PROLUNGATO

Che cosa è assicurato

In caso di **Ricovero di durata superiore a 15 giorni** Generali Italia paga una ulteriore indennità pari a 4.000,00 euro (corrisposta dopo la dimissione dall'Istituto di cura).

Ci sono limiti di copertura

La copertura assicurativa è valida **per un massimo di 2 volte per annualità assicurativa e solo per Ricoveri presso un Istituto di cura iniziati dopo l'operatività della polizza**.

Art. 18 Indennità Giornaliera per convalescenza da malattia

Che cosa è assicurato

A seguito di Ricovero reso necessario da Malattia, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico dell'Assicurato indennizzato ai sensi della Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto, Generali Italia paga anche l'indennità giornaliera prevista in Polizza per la convalescenza.

Come opera la copertura

La copertura opera **solo se** il periodo di convalescenza post ricovero è prescritto nella **cartella clinica alle dimissioni o dal**

medico specialista che ha in cura l'assicurato.

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi i periodi di convalescenza che conseguono a un Ricovero per il quale Generali Italia non paga l'Indennità giornaliera ai sensi della Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto.

Generali Italia non paga l'indennità giornaliera per convalescenza in caso di Ricovero per parto o connesso allo stato di gravidanza

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera per convalescenza fino a un massimo di 30 giorni per sinistro.

Art. 19 Indennizzo forfettario per gravi eventi

Che cosa è assicurato

Generali Italia corrisponde all'Assicurato l'**importo fisso indicato in Polizza** a titolo di rimborso forfettario per spese mediche in caso di Diagnosi o il verificarsi di uno degli eventi di seguito indicati nel corso della validità della Garanzia:

- **Infarto miocardico acuto:** Coronaropatia che dà origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi Ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La Diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- **Chirurgia cardiovascolare:** procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) se dimostrata la necessità dell'intervento mediante esame coronarografico; interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica; vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali per esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.
- **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia o infarto cerebrale trombosi o embolia ad esordio brusco subito riscontrato in ambito di Ricovero ospedaliero che produce danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di Indennizzo.
- **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui Diagnosi è basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; per la sola Garanzia in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio e i tumori cutanei a eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.
- **Insufficienza renale:** Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- Trapianto d'organo: Malattie che comportano la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesta la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.
- **Paralisi:** perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe diagnosticata e dimostrata da evidenza neurologica permanente e irreversibile.

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi Diagnosi o eventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia;

Ci sono limiti di copertura

Al pagamento dell'Indennizzo, che viene corrisposto per una sola delle Malattie sopra citate, la presente Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Come opera la copertura

RICHIESTA DI INDENNIZZO

L'Indennizzo è dovuto se:

- **dalla data della prima Diagnosi - comprovata da certificazione medica e cartella clinica - a quella della denuncia, sono trascorsi almeno 90 giorni;**
- **alla data della denuncia l'Assicurato è ancora in vita.**

Ai fini della presente Garanzia l'Assicurato non deve presentare i giustificativi di spesa.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 20 Esclusioni sezione Salute

L'assicurazione non comprende le Invalidità permanenti che derivano diretta da:

a) **infortuni che derivano dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato con professionalità (cioè a titolo oneroso);**

b) **infortuni che derivano dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;**

c) **infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;**

d) **gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**

e) **prestazioni finalizzate all'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti la stipula del contratto;**

f) **interventi per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;**

g) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**

h) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**

i) **prestazioni, legate ai disturbi dell'identità sessuale;**

j) **abuso di alcoolici, uso di allucinogeni, uso - per scopi non terapeutici - di psicofarmaci o di stupefacenti;**

k) **le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;**

l) **prestazioni relative all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;**

m) **prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche e tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Sono invece comprese in garanzia le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti a infortunio o intervento chirurgico oncologico. Per all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**

ATTENZIONE
a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi estetici: **mastoplastica, blefaroplastica**,
aspirazione della cute e del tessuto cutaneo, rinoplastica, trapianto di capelli, liposuzione, addominoplastica, cisti adipose, chirurgia bariatrica con indice di massa corporea minore di 30 BMI, comprese le relative terapie dietologica e dietoterapica

n) **le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia;**

o) **le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Sono invece incluse in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato;**

p) **le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;**

q) **degenze con fini solo assistenziali, in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;**

r) **ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**

s) **tecniche e prestazioni che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dall'AIFA (c.d. protocolli sperimentali) o non sono effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**

t) **terapie sperimentali non validate dall'AIFA in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**

u) **i ricoveri ed i Day hospital durante i quali vengano effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;**

v) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.**

w) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**

x) **spese per sussidi e presidi sanitari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**

y) prestazioni non riconosciute dall'AIFA o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le ha determinate;

z) prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;

aa) trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;

bb) sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati in base alla normativa ministeriale;

cc) prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli appositi elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (es: massoterapista, podologo, MCB, laureato in scienze motorie);

dd) infiltrazioni eseguite con prodotto non farmacologico, acido ialuronico, fattori di crescita e gel piastrinico;

ee) prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;

ff) prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);

gg) prestazioni di controllo.

In caso di estensione al Nucleo familiare, per i familiari inseriti in copertura in base all'estensione volontaria sono inoltre escluse:

- **le malattie pregresse alla data di estensione della copertura, per le sole garanzie Interventi chirurgici ad alta specializzazione, Spese Ospedaliere e chirurgiche, Cure oncologiche, se previste in polizza;**
- **le malattie che derivano da gravidanza e puerperio se il concepimento è avvenuto prima della data di estensione della copertura.**

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

SEZIONE SALUTE			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Interventi chirurgici ad alta specializzazione	Se indicata in polizza	**Interventi:** Se indicato in polizza **Spese pre e post Intervento:** 15% solo a rimborso	**Retta di degenza (solo con pagamento a rimborso):** 250 euro oppure 400 euro elevati a 1.000 euro per degenza in terapia intensiva **Utilizzo tecniche robotiche:** in copertura solo con pagamento diretto **Vitto accompagnatore:** 60 euro al giorno per massimo 30 giorni per annualità assicurativa **Trasporto in ambulanza:** 1.100 euro per Ricovero o Intervento **Trasporto all'estero con accompagnatore:** 2.000 euro per Ricovero o Intervento **Rimpatrio salma per decesso a seguito Intervento chirurgico all'estero:** 1600 euro **Indennità sostitutiva:** massimo 100 giorni per annualità assicurativa e per sinistro

Spese Ospedaliere e chirurgiche	Se indicata in polizza	**Ricovero o intervento** Se indicato in polizza Spese Pre e Post **Ricovero o Intervento:** 15% solo a rimborso	**Retta di degenza (solo con pagamento a rimborso):** 250 euro oppure 400 euro elevati a 1.000 euro per degenza in terapia intensiva **Utilizzo tecniche robotiche:** in copertura solo con pagamento diretto **Vitto accompagnatore:** 60 euro al giorno per massimo 30 giorni per annualità assicurativa **Trasporto in ambulanza:** 1.100 euro per Ricovero o Intervento **Trasporto all'estero con accompagnatore:** 2.000 euro per Ricovero o Intervento **Rimpatrio salma per decesso a seguito Intervento chirurgico all'estero:** 1600 euro **Indennità sostitutiva:** massimo 100 giorni per annualità assicurativa e per sinistro **In caso di pagamento a rimborso per i seguenti interventi sono previsti gli specifici limiti di indennizzo indicati:** • **Facoemulsificazione ed asportazione di cataratta ed impianto di cristallino artificiale (IOLneutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio): 2.000 euro** • **Riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica): 2.700 euro** • **Sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale, S.di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc.): 1.540 euro** • **Trattamento chirurgico dito a martello: 1.300 euro** • **Trattamento chirurgico dito a scatto: 1.200 euro** • **Legatura emorroidi: 300 euro** • **Biopsia della prostata: 415 euro** • **Agobiopsia mammella: 250 euro** • **Patologie cutanee - a eccezione delle neoformazioni maligne - trattamento e /o asportazione: 350 euro**
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	Se indicata in polizza	Se Indicato in polizza	-
Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio	Se indicata in polizza	Se Indicato in polizza	-
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	-	Se Indicato in polizza	-
Cure dentarie	-	Scoperto indicato in polizza a scelta tra opzioni 1 -2- 3- 4-5	-

Cure dentarie da infortunio	-	20%	-
Indennità giornaliera per ricovero da Malattia o parto	Se indicata in polizza	-	Massimo 360 giorni per anno assicurativo. Indennità ridotta del 50% in caso di Day hospital.
Indennità Giornaliera per convalescenza da Malattia	-	-	Solo a seguito di Ricoveri per i quali viene corrisposta anche l'indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto. L'indennità non è prevista in caso di parto. Massimo 30 giorni per ricovero
Indennizzo per ricovero prolungato	-	-	Solo per ricoveri superiori a 15 gg. Massimo due volte l'anno
Indennizzo forfettario per gravi eventi	Se indicata in polizza	-	Indennizzo per un solo evento poi la garanzia cessa nei confronti dell'assicurato

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO

Che cosa NON è assicurato?

Art. 1 Persone escluse dall'assicurazione

Non possono essere assicurate le persone affette da alcoolismo o tossicodipendenza.

Se l'assicurato sviluppa tali condizioni in corso di validità dell'Assicurazione, questa **cessa nei suoi confronti a prescindere dall'accertamento dell'effettivo stato di salute e Generali Italia non è tenuta al pagamento di eventuali sinistri.**

Art. 2 Limiti di età e risoluzione del rapporto di lavoro

Per le garanzie della sezione Prevenzione e Assistenza della sezione Benessere e della sezione Salute l'Assicurazione vale per le persone di età **non superiore a 80 anni**.

Per le garanzie della sezione Protezione Plus l'Assicurazione vale per le persone di età **non superiore ai 65 anni**.

Per le persone assicurate che raggiungono il limite di età assicurabile in corso di copertura, l'Assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al compimento dell'età assicurabile. L'eventuale Premio pagato per l'annualità successiva viene restituito.

In caso di scioglimento del rapporto di lavoro con il Contraente in corso di copertura, le garanzie delle sezioni Benessere o Protezione Plus terminano nel confronti del dipendente cessato alle ore 24 del giorno di scioglimento del rapporto di lavoro, mentre le ulteriori garanzie restano in vigore fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso al momento dello scioglimento del rapporto di lavoro.

Dove vale la copertura?

Art. 3 Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo per le sezioni Infortuni, Invalidità permanente da infortunio e Salute.

Con quali condizioni operative assicuriamo?

Art. 4 Modalità di assicurazione

Le garanzie possono essere prestate con le seguenti modalità di seguito indicate, riportate in Polizza per ogni Assicurato o categoria assicurata:

A) per categoria:

- **Assicurazione in base alle retribuzioni** in funzione della Retribuzione annua lorda del dipendente, regolabile in base all'ammontare complessivo delle retribuzioni riferite alla categoria;
- **Assicurazione in base al numero** su somme fisse, regolabile o non regolabile in base al numero di unità appartenenti alla categoria stessa;

B) **Assicurazione per persone assicurate** in forma nominativa su somme fisse, non regolabile;

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 5 Dichiarazioni del Contraente o Assicurato – Variazioni del Rischio

Generali Italia consente l'Assicurazione e determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Il Contraente/Assicurato deve fornire a Generali Italia informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del rischio.

Se il Contraente/Assicurato fornisce dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, può:

- perdere del tutto o in parte l'Indennizzo, e

- determinare la cessazione dell'Assicurazione[4].

Generali Italia può trattenere i Premi già incassati e il Premio per il periodo di assicurazione in corso.

Il Contraente/Assicurato deve subito comunicare a Generali Italia se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi **(aggravamento del rischio)**.

Se non rispetta questo obbligo, può perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo[5].

Il Contraente/Assicurato può inoltre comunicare a Generali Italia se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi **(diminuzione del rischio)**. In tal caso, per la scadenza di Premio successivo alla comunicazione, Generali Italia può richiedere il minor Premio o recedere dal contratto[6] .

Art. 6 Questionario medico dell'Assicurato in caso di forma nominativa

Se l'assicurazione è prestata in forma nominativa per la stipula è necessaria la **compilazione e sottoscrizione di apposito Questionario medico**.

Generali Italia può richiedere in casi specifici la compilazione del Questionario medico anche per la forma di assicurazione su retribuzione o sul numero.

L'Assicurato **deve quindi fornire** nel Questionario medico **dichiarazioni veritiere, esatte e complete,** anche su eventuali Infortuni o patologie:

- già in precedenza dichiarati;
- già oggetto di precedenti Indennizzi da parte di Generali Italia.

A seguito di dichiarazione sul Questionario medico di uno o più precedenti sanitari, Generali Italia si riserva di escluderli dalla copertura o limitare la copertura prevedendo Franchigie o Scoperti da applicarsi a ogni Sinistro che riguarda tali precedenti. Le eventuali esclusioni o limitazioni di copertura vengono indicate in Polizza.

Art. 7 Obblighi del Contraente

Il Contraente deve fornire a Generali Italia nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli Assicurati al momento dell'entrata in copertura.

Tuttavia se l'assicurazione è prestata solo per le sezioni Benessere o Protezione Plus nella forma per Categoria così come prevista dalla lettera A) dell'articolo Modalità di Assicurazione della sezione Condizioni Generali che regolano il contratto il Contraente è esonerato:

- dalla preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, fermo quanto previsto dagli articoli Persone escluse dall'assicurazione e Limiti di età e risoluzione del rapporto di lavoro.
- dalla preventiva denuncia dei precedenti sanitari da cui i singoli Assicurati sono affetti al momento della stipula della polizza o che insorgono dopo la stipula.

Se gli assicurati partecipano in tutto o in parte al pagamento del premio il Contraente si obbliga:

- a consegnare all'Assicurato, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il set informativo;
- a comunicare agli Assicurati:
- la possibilità di accedere alle informazioni sulle loro posizioni assicurative collegandosi o al sito internet di www.generali.it o all' "App MyGenerali", entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi;
- eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

Per consentire all'Assicurato di accedere all'Area Clienti, **il Contraente deve comunque fornire a Generali Italia nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale degli assicurati al momento dell'entrata in copertura**.

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

Informativa dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, di cui alla normativa sulla privacy (Regolamento UE N. 679/2016 - GDPR), predisposta da Generali Italia. Inoltre, se è previsto il trattamento dei dati particolari degli assicurati, il Contraente si impegna ad acquisire e trasmettere a Generali Italia il consenso degli assicurati al trattamento dei dati stessi. In questo caso il Contraente provvede ad adottare modalità di acquisizione e trasmissione di tali dati particolari, che non consentono al Contraente di prenderne visione e ne garantiscono la riservatezza.

Il Contraente si obbliga a tenere indenne Generali Italia da ogni eventuale danno causato dal mancato rispetto di quanto sopra e, in ogni caso, dall'inosservanza della normativa sulla privacy da parte del Contraente stesso.

Art. 8 Altre assicurazioni

Il Contraente **deve comunicare per iscritto a Generali Italia della stipula o dell'esistenza per lo stesso rischio di altre assicurazioni presso Generali Italia o altri assicuratori**.

Se l'assicurazione è prestata con modalità di assicurazione **in base alle retribuzioni o in base al numero**, i singoli Assicurati non hanno l'obbligo di dare avviso di altre eventuali assicurazioni in corso o stipulate in proprio per lo stesso rischio.

L'Assicurato, per le modalità di assicurazione in **forma nominativa**, **deve invece dare avviso a Generali Italia della stipula o dell'esistenza per lo stesso rischio di altre assicurazioni** presso Generali Italia o altri assicuratori;

Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni del Contraente o dell'Assicurato:

- stipulate per suo conto da terzi per obblighi di legge o di contratto;
- di cui è in possesso in quanto accessorie ad altri servizi (per esempio: abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutui fondiari o ipotecari).

Generali Italia, entro 30 giorni dall'avviso, può escludere dall'Assicurazione il rischio già assicurato (presso Generali Italia stessa o altro assicuratore) o recedere dal contratto, con preavviso, in entrambi i casi, di almeno 15 giorni.

Se il Contraente o l'Assicurato omettono **con dolo** di dare avviso, **Generali Italia non è tenuta a pagare l'Indennizzo**[7].

L'Assicurato deve comunicare l'esistenza di altre assicurazioni al momento della denuncia dell'infortunio se non già comunicato.

Art. 9 Comunicazioni tra le Parti

Tutte le comunicazioni **devono essere fatte per iscritto.**

Le comunicazioni alle quali il **Contraente/Assicurato** è tenuto **devono essere**:

- fatte con raccomandata o Posta Elettronica Certificata, e, per l'Assicurato, tramite l'indirizzo di posta elettronica indicato in sede di profilazione nell'ambito dell'Accordo quadro in materia di distribuzione assicurativa;
- inviate all'Agenzia che gestisce la Polizza o a Generali Italia, presso la propria sede legale.

Le comunicazioni alle quali è tenuta **Generali Italia** devono essere effettuate con le modalità e presso gli indirizzi indicati dal Contraente/Assicurato nell'ambito dell'Accordo quadro in materia di distribuzione assicurativa.

Art. 10 Legge applicabile e Foro competente

Il contratto è disciplinato dalla Legge Italiana.

Per le controversie relative al contratto è competente solo l'autorità giudiziaria (foro) del luogo della sede, residenza o domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 11 Variazioni della persona del Contraente

Nel caso di fusione della società Contraente, il contratto continua con la società che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, o aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, a Generali Italia, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 12 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

Generali Italia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare un sinistro o a fornire una prestazione o beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare un sinistro o fornire una prestazione o riconoscere un beneficio espone Generali Italia a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni che derivano da risoluzioni delle Nazioni Unite, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti o dell'Italia. Se nelle Condizioni di assicurazione è presente una norma contrattuale difforme, questa disposizione prevale su ogni altra.

Quando e come devo pagare?

Art. 13 Premio e regolazione

Il contratto prevede all'inizio di ciascuna annualità assicurativa, o frazione di essa, il pagamento da parte del Contraente del Premio o della rata di Premio.

Se l'assicurazione è prestata **per categoria in forma regolabile**, il premio o la rata di premio iniziale è calcolata:

- sull'ammontare di retribuzione che il Contraente prevede di erogare
- sul numero di unità che il Contraente prevede di assicurare

Entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare all'agenzia o a Generali Italia, con le modalità previste al successivo articolo Calcolo del Premio, le informazioni necessarie per determinare il premio di regolazione come differenza tra il premio iniziale e il premio determinato in base ai valori effettivi comunicati.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta da Generali Italia. Trascorso tale termine, se il Contraente non ha effettuato il pagamento la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno di pagamento o comunque del pagamento della successiva rata anticipata provvisoria.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati necessari per la regolazione, Generali Italia provvede a comunicare un ulteriore termine non inferiore a 45 giorni, trascorso il quale, se il Contraente non invia i dati previsti dalla polizza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza dell'ulteriore termine, fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente comunica i dati, o comunque fino al pagamento della successiva rata anticipata provvisoria.

Generali Italia ha diritto di agire in giudizio o di comunicare, 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 non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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 la documentazione necessaria, in particolare ad esibire, se necessario, i libri paga.

Art. 14 Calcolo del Premio e della regolazione

Per ciascuna categoria assicurata il premio può essere calcolato in funzione:

- della retribuzione annua lorda complessiva riferibile ad una categoria nel caso in cui l'assicurazione è prestata in funzione della retribuzione annua lorda di ciascun dipendente
- del numero di dipendenti appartenenti alla categoria nel caso in cui l'assicurazione prestata per somme fisse.

Se l'assicurazione è prestata in forma nominativa, il relativo premio è indicato in polizza per ciascun assicurato.

Se l'assicurazione è prestata in forma nominativa e nel corso dell'annualità assicurativa vengono inseriti uno o più nuovi assicurati con garanzie della sola sezione Salute:

- se l'inserimento in garanzia avviene nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa il premio è dovuto nella misura del 100%;
- se l'inserimento avviene nel secondo semestre dell'annualità assicurativa il premio è dovuto nella misura del 70%.
-

Esempio 1
Polizza Attiva Welfare stipulata dall'azienda Contraente con decorrenza 01.01.2025 – 31.12.2026 con garanzie della sola sezione Salute.
Alla stipula la polizza assicura in forma nominativa solo il sig. Rossi.
In data 20 aprile 2025 viene inserito il sig. Bianchi: il premio annuo per assicurare il sig. Bianchi è di 100 euro, questo importo deve essere corrisposto al 100% al momento dell'inserimento in garanzia del sig. Bianchi (l'azienda Contraente paga 100 euro).
Successivamente in data 31 luglio 2025 viene inserito in copertura anche il sig. Verdi: il premio annuo per assicurare il sig. Verdi è di 120 euro, questo importo deve essere corrisposto al 70% al momento dell'inserimento in garanzia del sig. Verdi (l'azienda Contraente paga 84 euro).

SEZIONI BENESSERE E PROTEZIONE PLUS

Per il calcolo della regolazione il Contraente deve comunicare a Generali Italia:

- per ciascuna categoria assicurata in base al numero per cui è prevista la regolazione, il numero delle persone alle proprie dipendenze all'ultimo giorno di ogni mese del periodo considerato. Generali Italia effettua la regolazione del premio definitivo prendendo come base la media delle persone alle dipendenze comunicate che si ottiene dividendo per 12 il numero complessivo degli Assicurati che risulta, per ciascuna categoria, alla fine di ogni mese.
- per ciascuna categoria assicurata in base all'ammontare delle retribuzioni, l'ammontare delle retribuzioni erogate al

personale assicurato.

Se alla regolazione annuale il consuntivo delle retribuzioni o del numero di persone assicurate supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annuale successiva alla comunicazione, sulla base di una adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

Per gli assicurati in forma nominativa il Contraente comunica, appena ne ha conoscenza, la cessazione dei singoli Assicurati, che deve essere documentata, e l'eventuale sostituzione degli stessi. La cessazione dei singoli Assicurati non seguita da sostituzione non comporta restituzione di Premio per l'annualità conclusa.

Esempio regolazione Premio
Assicurazione in base alle retribuzioni:
Ammontare retribuzioni presunto comunicato alla stipula: € 1.000.000,00
Tasso per calcolo premio iniziale: 2‰
A) Premio iniziale: € 2.000,00
Ammontare retribuzioni comunicato alla fine dell'anno assicurativo: € 1.200.000
B) Premio dovuto in base alle effettive retribuzioni comunicate: € 2.400,00
Regolazione premio: B-A = € 2.400,00 – 2.000,00 = € 400,00

Assicurazione in base al numero:
Numero presunto di dipendenti da assicurare comunicato alla stipula: 200
Premio pro capite per il calcolo del premio iniziale: € 20,00
A) Premio iniziale: € 4.000,00
Numero effettivo di dipendenti comunicato alla fine dell'anno assicurativo: 210
B) Premio dovuto in base all'effettivo numero di dipendenti comunicato: € 4.200,00
Regolazione premio: B-A = € 4.200,00 – 4.000,00 = € 200,00

SEZIONE SALUTE

Per il calcolo della regolazione il Contraente deve comunicare a Generali Italia:

- in relazione 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;
- in relazione all'annualità trascorsa, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché la 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 il pagamento dell'intero Premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta il pagamento del 70% del Premio annuo per unità.

In caso di estensione al Nucleo familiare:

- le persone che appartengono alla Categoria assicurata, oppure l'assicurato indicato per nome, **devono comunicare l'estensione al proprio nucleo familiare entro 30 giorni da ciascuna scadenza annuale, e versare il relativo premio;**
- le persone che nel corso dell'annualità assicurativa
  - entrano a far parte della Categoria assicurata (ns: nuovi assunti)
  - fanno già parte della Categoria assicurata e contraggono matrimonio, oppure iniziano una convivenza **devono comunicare l'estensione al proprio nucleo familiare entro la fine del mese successivo a quello di ingresso nella Categoria o di modifica del proprio stato di famiglia, e versare il relativo premio.**

Art. 15 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/Massimali

A ogni scadenza annuale del Premio, se l'Assicurazione è prestata per categorie in base al numero o per persone assicurate in forma nominativa è previsto l'adeguamento del 1,5% di Somme assicurate/Massimali e del Premio rispetto all'annualità assicurativa precedente per le Garanzie della sezione Benessere, della sezione Protezione Plus e della sezione Salute.

Non sono comunque soggette ad adeguamento le Garanzie Rendita vitalizia da Infortunio e Rendita vitalizia da Malattia.

L'adeguamento si applica **solo se previsto in Polizza.**

Non sono comunque soggetti ad adeguamento:

- **Franchigie espresse in cifra assoluta,**
- **somme che determinano scaglioni di Franchigia,**
- **minimi e massimi di Scoperto,**
- **tutti i valori espressi in percentuale,**
- **limiti di Indennizzo.**

Art. 16 Modalità di pagamento del Premio

Il Premio o le rate di Premio possono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure a Generali Italia con i seguenti mezzi:

- denaro contante se il Premio annuo non è superiore a 750,00 euro;
- POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico; in questo caso il Premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario. Ferma la data di decorrenza indicata in Polizza, il Premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico o nel 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;
- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD) o carta di credito, salvo buon fine degli addebiti
  - per la prima rata, il Premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA o del conferimento dell'autorizzazione permanente all'addebito su carta di credito;
  - per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza.

  Se il Premio è addebitato su conto corrente (SDD) o carta di credito 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 o della carta di credito indicata il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;
- 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;
- bollettino di conto corrente postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, in tale qualità, su conto corrente postale dedicato[8]. Se si paga con bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, quindi, la data di decorrenza della garanzia coincide con quella apposta dall'ufficio postale;
- 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;
- 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 se abilitate dai processi di Generali Italia.

ATTENZIONE
Il pagamento del Premio o della rata di Premio in scadenza è necessario per l'operatività dell'Assicurazione.
Se manca il pagamento, l'Assicurazione, anche se sottoscritta, non è operante.

Salvo buon fine: le Garanzie operano anche se gli importi di Premio non sono stati ancora ricevuti da Generali Italia solo se il pagamento del Premio è successivamente accreditato. In caso di mancato accredito le Garanzie non operano o rimangono sospese.

Art. 17 Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al Premio, agli Indennizzi, alla Polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da Generali Italia.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 18 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.

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento; rimangono immutati le successive scadenze e il diritto di Generali Italia a ricevere i pagamenti dei premi scaduti[9].

Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Art. 19 Termini di aspettativa

Se l'Assicurazione è prestata in forma nominativa e viene compilato un questionario medico le garanzie della sezione Salute possono essere soggette a Termini di aspettativa cioè il decorso di un periodo, successivo alla data di attivazione delle stesse, durante il quale, in tutto o in parte, queste non operano.

L'operatività dei termini di aspettativa è indicata in polizza per ciascun assicurato.

Le Garanzie hanno effetto:

- **Per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico:**
  - **dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di decorrenza.**
- **Per le Malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico:**
  - **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di decorrenza.**
- **Per il parto:**
  - **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di decorrenza.**
- **Per le Malattie che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e Malformazioni insorte prima della stipula della polizza, non conosciute e/o non diagnosticate al momento della stipula stessa o conosciute e dichiarate a Generali Italia:**
  - **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza indicato in polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di decorrenza.**

	Come si calcolano i Termini di aspettativa? ESEMPIO 1: Se la data di decorrenza indicata in polizza è il 1° agosto e il Premio è pagato il 30 luglio (dello stesso anno), tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 agosto (giorno successivo alla data di decorrenza indicata in polizza con Premio pagato entro tale data). ESEMPIO 2: Se la data di decorrenza indicata in Polizza è il 1° agosto e il Premio è pagato il 1° settembre (dello stesso anno), tutti i termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 settembre (giorno successivo a quello del pagamento del Premio).

Se il presente contratto ne sostituisce senza interruzione un altro che riguarda gli stessi Assicurati, i Termini di aspettativa di cui sopra operano:

- **per le prestazioni e le somme già previste nel contratto sostituito, dalle ore 24 del giorno di effetto indicato nel contratto sostituito o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio;**
- **per le maggiori somme e le diverse prestazioni previste in questo contratto, dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza come data di decorrenza o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio.**

Come si calcolano i Termini di aspettativa?

Come si calcolano i Termini di aspettativa?
ESEMPIO 1:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2025 – data scadenza 1° gennaio 2026
Alla data di scadenza 1° gennaio 2026 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e mantengo la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche con lo stesso Massimale già presente sulla Polizza in scadenza.
Tutti i Termini di aspettativa per la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche, sono già decorsi durante la validità della Polizza precedente (sostituita) e quindi non sono conteggiati sulla nuova Polizza.

ESEMPIO 2:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2025 – data scadenza 1° gennaio 2026 - Premio pagato il 1° gennaio 2025.
In data 30 marzo 2025 sostituisco la polizza con altra che decorre dalla stessa data e mantengo la garanzia Spese ospedaliere e chierurgiche con lo stesso Massimale già presente sulla polizza precedente (sostituita).
Tutti i termini di aspettativa previsti per la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2025, giorno successivo al pagamento del Premio della Polizza precedente (sostituita).

ESEMPIO 3:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2025 – data scadenza 1° gennaio 2026
Alla data di scadenza del 1° gennaio 2026, sostituisco la polizza con altra che decorre dalla stessa data e nella quale è prevista la Garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche, non presente sulla polizza precedente (sostituita), e nella stessa data pago il Premio della nuova polizza (sostituente).
Tutti i Termini di aspettativa previsti per la Garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2026, giorno successivo al pagamento del Premio della nuova Polizza.

In caso di variazioni intervenute nel corso del periodo assicurativo, per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate, i Termini di aspettativa sono conteggiati dalle ore 24 del giorno di effetto della variazione indicato in Polizza o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio relativo alla variazione.

In caso di estensione al Nucleo familiare, per i familiari inseriti in copertura la garanzia ha effetto per il parto:
- **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello del pagamento del Premio per l'estensione.**

Come posso disdire la Polizza?

Art. 20 Disdetta e Recesso dal contratto

L'Assicurazione come indicato in polizza è di durata:
- annuale con o senza tacito rinnovo o
- poliennale con applicazione della riduzione di Premio prevista per legge.

Generali Italia ha la facoltà di modificare le condizioni di Assicurazione o di Premio al momento del rinnovo dell'Assicurazione. Almeno 30 giorni prima della scadenza, Generali Italia comunica al Contraente la proposta di rinnovo e le nuove condizioni.

Il Contraente può accettarle attraverso il pagamento del Premio o della rata di Premio entro il termine di 30 giorni dalla scadenza e con le modalità previste nell'articolo Modalità di pagamento del premio.

Il pagamento del Premio comporta manifestazione della volontà di rinnovare l'Assicurazione e accettazione delle nuove condizioni proposte.

Il Contraente che non intende accettare le nuove condizioni non provvede al pagamento del Premio in scadenza a cui si riferisce la proposta di rinnovo, e pertanto la copertura cessa alla scadenza originariamente pattuita (maggiorata di 30 giorni). In tal caso l'Assicurazione continua per le restanti Garanzie.

Il Contraente o Generali Italia possono impedire la proroga dell'Assicurazione **con comunicazione di disdetta che deve essere inviata almeno 30 giorni prima della scadenza**.

Nel caso di Garanzie con durata superiore a cinque anni, con applicazione della riduzione di Premio prevista per legge, il Contraente ha comunque facoltà di recedere solo dopo il termine di cinque anni con comunicazione scritta che deve essere inviata almeno 30 giorni prima della relativa scadenza. Il recesso ha effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è esercitato.

Art. 21 Clausola di revisione in corso di contratto (Ius variandi)

Se il contratto è stipulato con durata poliennale, nel periodo di validità dell'Assicurazione, Generali Italia si riserva la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni che disciplinano l'Assicurazione o le Garanzie stesse, con le modalità ed entro i limiti di legge, se la modifica è giustificata, rispetto alla generalità dei contratti dello stesso

tipo della presente Assicurazione da:

- Leggi, regolamenti o provvedimenti di autorità, anche estere, a cui Generali Italia è tenuta ad adeguarsi anche in funzione del gruppo di appartenenza;
- Esigenze tecniche determinate da modifiche obiettive alle condizioni praticate sui mercati dai Riassicuratori e che hanno un incidenza sull'Assicurazione o sulle Garanzie;
- Evoluzioni inerenti alle tecnologie e gli strumenti informatici utilizzati, direttamente o indirettamente, per l'esecuzione dell'Assicurazione o delle Garanzie medesime e le relative misure di sicurezza;
- Aggiornamenti delle modalità operative di erogazione di eventuali servizi accessori non assicurativi o dei relativi fornitori, salvaguardando il valore dei servizi stessi.

Le relative comunicazioni di modifica sono effettuate da Generali Italia secondo le modalità pattuite nel presente contratto, con indicazione del motivo e della data di decorrenza della modifica, con preavviso minimo di 60 giorni rispetto alla data di decorrenza comunicata.

In ogni caso di esercizio del potere di modifica unilaterale delle clausole e delle condizioni, Generali Italia informa il Contraente del suo diritto di recedere dall'Assicurazione o dalle Garanzie stesse.

Il Contraente esercita il diritto di recesso con comunicazione effettuata secondo le modalità pattuite nel presente contratto **entro la data di decorrenza della modifica.**

In tal caso, l'Assicurazione o le Garanzie si intendono risolte con effetto da tale data e Generali Italia rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio eventualmente non corso. **Se il Contraente non manifesta la volontà di recedere dall'Assicurazione o dalle Garanzie entro il termine previsto, le modifiche comunicategli si intendono approvate.**

Le parti riconoscono che nell'Assicurazione sono automaticamente recepite, anche senza preavviso, tutte le modifiche imposte da disposizioni normative di carattere legislativo o regolamentare o da provvedimenti delle Autorità competenti, che dovessero intervenire tempo per tempo. **Le clausole contrattuali interessate da tali modifiche si intendono automaticamente abrogate o sostituite, con la stessa data di decorrenza dell'entrata in vigore, dalle disposizioni che hanno provocato tale modifica.**

Art. 22 Diritto di ripensamento

Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto.

Il Contraente deve inviare comunicazione scritta a Generali Italia (Via Marocchesa 14 – 31021 Mogliano Veneto – TV – PEC generaliitalia@pec.generaligroup.com) oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.

A seguito della comunicazione di recesso, il contratto si considera privo di qualsiasi effetto fin dall'origine e quindi il Contraente e Generali Italia sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Generali Italia rimborsa al Contraente il Premio versato, al netto delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. Il recesso rende priva di effetto ogni denuncia di Sinistro eventualmente presentata.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI

Invio dei Reclami

I reclami che riguardano il contratto di assicurazione o la gestione dei Sinistri connessi alle singole Garanzie devono essere inviati per iscritto a:

Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 – e mail: reclami.it@generali.com.

Se il reclamante non è soddisfatto dall'esito o non riceve riscontro entro 45 giorni, può rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma. All'esposto deve essere allegata la documentazione relativa al reclamo trattato da Generali Italia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore che devono essere presentati direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio di chi fa reclamo, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di reclamo;
- copia del reclamo presentato a Generali Italia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per presentare il reclamo a IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it alla sezione "Per i consumatori – Reclami".

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).

4 Artt. 1898, 1893 e 1894 del Codice civile
5 Art. 1898 del Codice civile
6 Art. 1897 del Codice civile
7 Art. 1910 del Codice civile
8 Si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del d.lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni,nonché ai sensi dell'articolo 63 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP40/2018, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi
9 Art. 1901 del Codice Civile

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1 Evento e determinazione dell'annualità assicurativa di competenza del sinistro

Per le Garanzie della **sezione Benessere** il Sinistro è determinato dal verificarsi dell'Infortunio e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data di accadimento dell'Infortunio.

Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia dell'Infortunio con richiesta di Indennizzo allegando la documentazione sanitaria relativa.

Per le Garanzie della **sezione Protezione Plus** e per la **Garanzia Indennizzo forfettario per gravi eventi**, il Sinistro è determinato dalla Diagnosi della Malattia e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data di Diagnosi della Malattia.

Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia della Malattia con richiesta di Indennizzo allegando la documentazione sanitaria relativa.

Per le Garanzie della **sezione Salute** il Sinistro è determinato dal Ricovero/intervento o dall'effettuazione della prestazione medica in garanzia e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data del Ricovero/intervento o dalla data di documentazione della spesa per la prestazione effettuata.

Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia del Ricovero, dell'Intervento chirurgico e delle prestazioni sanitarie extraricovero con richiesta di Indennizzo accompagnata dalla documentazione sanitaria relativa.

Art. 2 Denuncia dell'Infortunio

La denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, accompagnata da certificato medico, **deve essere fatta per iscritto** dall'Assicurato o da altro soggetto per conto degli stessi, **entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità.**

In caso di infortunio subito in Smart working la denuncia deve essere integrata con la documentazione che segue:

- una dichiarazione del Contraente che certifichi che l'assicurato operava nella modalità "Smart working" e che l'infortunio è connesso all'attività lavorativa;
- una copia della denuncia effettuata all'ente INAIL;
- il referto del pronto soccorso rilasciato entro le 48 ore successive all'infortunio.

La denuncia di Infortunio deve essere presentata presso l'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia.

Il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta.

Se l'Infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, Generali Italia deve essere avvisata nell'immediato.

Se non si rispettano gli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro si può perdere il totale o parziale diritto all'Indennizzo[10] **.**

Art. 3 Denuncia della Malattia

La denuncia della Malattia, accompagnata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato o da altro soggetto per conto degli stessi, **entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione, salvo quanto disciplinato in maniera diversa per le singole Garanzie**.

La denuncia della Malattia deve essere presentata presso l'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia.

Se secondo **parere medico** la Malattia può comportare un'Invalidità permanente, se non consegnati al momento della denuncia, non appena possibile **devono essere inviati a Generali Italia** i certificati medici, le copie complete delle Cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesta il decorso e le conseguenze della Malattia e che risulta utile per valutare i postumi invalidanti, compreso il certificato che attesta la stabilizzazione della Malattia denunciata.

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico, se non consegnata al momento della denuncia, non appena disponibile, deve essere inviata la necessaria documentazione medica, compresa la Cartella clinica completa in copia conforme all'originale e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) che indica durata e ragioni del Ricovero o dell'intervento.

Art. 4 Denuncia del Ricovero o dell'intervento chirurgico e di prestazioni sanitarie extra ricovero

La denuncia del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, di un Accertamento diagnostico, Visita specialistica, prestazione fisioterapica o cura dentaria, deve essere fatta **per iscritto** dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto degli

stessi, **entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione, salvo quanto disciplinato in maniera diversa per le singole Garanzie.**

In caso di Ricovero, Intervento chirurgico, Accertamento diagnostico, Visita specialistica o prestazione fisioterapica, la denuncia deve essere presentata insieme alla relativa certificazione medica.

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico deve essere inviata, appena disponibile se non consegnata al momento della denuncia, la necessaria documentazione medica, inclusa la Cartella clinica completa in copia conforme all'originale e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) che indica durata e ragioni del Ricovero o dell'intervento

Art. 5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato (o i suoi aventi diritto) deve acconsentire alla visita dei medici incaricati da Generali Italia (a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti) e alle indagini, valutazioni e accertamenti - da eseguirsi in Italia - necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo e fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia ritiene opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del Sinistro.

Art. 6 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la documentazione necessaria per l'accertamento del diritto all'Indennizzo e per la sua quantificazione secondo le presenti Condizioni di assicurazione, Generali Italia procede:

- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

Il pagamento o la comunicazione sono effettuati **entro trenta (30) giorni**:

- dal ricevimento della documentazione completa, o
- dalla conclusione della eventuale procedura di accertamento, con atto di pagamento , promossa secondo quanto previsto dalle presenti Condizioni.

Restano fermi **eventuali diversi termini e condizioni previsti per specifiche Garanzie**.

Generali Italia procede comunque al pagamento delle eventuali somme non contestate.

Art. 7 Richiesta di rimborso

Per le Garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato l'Indennizzo avviene su richiesta dell'Assicurato stesso (o dei suoi aventi diritto).

Tutte le spese devono essere documentate, presentando la documentazione giustificativa della spesa effettuata.

Se presentati gli originali fiscalmente validi delle documentazioni di spesa, Generali Italia provvede alla loro restituzione.

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una stessa prestazione presente in questo contratto, deve fornire a Generali Italia evidenza degli **importi ricevuti o che gli saranno riconosciuti**. Generali Italia paga la prestazione richiesta solo per la parte di spesa sostenuta dall'Assicurato, **al netto di quanto a carico dei suddetti terzi**, e comunque fino a un importo che, sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore, non eccede il costo sostenuto per quella prestazione.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 8 Denuncia on line

Fermo quanto previsto agli articoli Pagamento dell'indennizzo e richiesta di rimborso, per le sole garanzie della sezione Salute, le richieste di Indennizzo e di rimborso, oltre che presso l'Agenzia di riferimento, possono essere effettuate anche on line tramite l'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall' App MyGenerali.

Art. 9 Pagamento diretto modalità di attivazione

Per le Garanzie di seguito elencate, l'Assicurato può attivare il Pagamento diretto:

- Check-up
- Interventi chirurgici ad alta specializzazione;
- Spese ospedaliere e chirurgiche;
- Maternità;
- Cure oncologiche;
- Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione;
- Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio;

- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- Trattamenti psicoterapici;
- Cure dentarie;

Il Pagamento diretto è previsto per le prestazioni di seguito elencate eseguite **presso Strutture mediche Convenzionate:**

- programmi di prevenzione sanitaria (check-up);
- prestazioni effettate durante il periodo di Ricovero o di permanenza in Day surgery/Day hospital;
- Interventi chirurgici ambulatoriali;
- Terapie oncologiche non chirurgiche in day hospital o ambulatoriali, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici previsti dalla garanzia Cure oncologiche;
- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche precedenti il Ricovero o Intervento chirurgico, **solo se il ricovero o intervento chirurgico è stato autorizzato dalla Centrale Operativa;**
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, successivi il **Ricovero o Intervento chirurgico, solo se il ricovero o intervento chirurgico è stato autorizzato dalla Centrale Operativa;**
- prestazioni previste dalla garanzia Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione;
- prestazioni previste dalla garanzia Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio;
- prestazioni previste dalla garanzia Maternità
- Trattamenti fisioterapici;
- Trattamenti psicoterapici.

Per attivare la procedura di Pagamento diretto, **ferme le regole di seguito esplicitate per l'attivazione tramite canale telefonico**, l'Assicurato può accedere al servizio entrando in Area Clienti areaclienti.generali.it sia via web che tramite l'App MyGenerali.

Per attivare la procedura di Pagamento diretto tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa.

L'Assicurato deve telefonare almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi

dall'Italia al numero verde 800 221 133
dall'estero al numero +39 02 8295 1155

In caso di prestazioni da effettuarsi a meno di 5 giorni dal primo contatto telefonico, il servizio di pagamento in forma diretta non potrà essere erogato a eccezione dei Ricoveri e di prestazioni extraospedaliere che rivestono effettivo carattere d'urgenza clinic e documentata in maniera obiettiva.

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa, l'operatore chiede all'Assicurato o all'Agenzia di inviare i documenti di seguito indicati, indispensabili per l'istruttoria, che possono essere trasmessi anche in un successivo momento se non disponibili nell'immediato:

- certificato medico con Diagnosi e tipo di prestazione prevista;

- anamnesi patologica prossima e remota, datate e dettagliate, con specifica data di prima Diagnosi della patologia oggetto della prestazione;

- Accertamenti diagnostici e referti degli esami strumentali eseguiti;

- referto di pronto soccorso per Trattamenti fisioterapici a seguito di Infortunio;

- preventivo dei costi, su richiesta se necessario.

Per prestazioni extraricovero (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure oncologiche, maternità) ai fini dell'attivazione è sufficiente comunicare le informazioni sotto dettatura telefonica, e consegnare le certificazioni direttamente in Struttura.

L'Assicurato compila la Lettera di impegno all'accettazione presso la Struttura medica convenzionata.

La Centrale Operativa in seguito paga direttamente alla Struttura medica convenzionata le spese garantite, **fatto salvo l'eventuale Scoperto/Franchigia che resta a carico dell'Assicurato.**

Questa modalità di Indennizzo è possibile solo con conferma di Pagamento diretto dalla Centrale Operativa.

Il Pagamento diretto è operante solo se:

- **l'assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate**
- **il medico o l'equipe medica o altro professionista sanitario che deve eseguire la prestazione è convenzionato**
- **la prestazione richiesta rientra tra quelle convenzionate con la singola struttura.**

In tutti gli altri casi il pagamento di quanto dovuto in base al contratto avviene a rimborso.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche e sull'App MyGenerali.

Per il Programma di prevenzione sanitaria (check-up), **l'Assicurato deve telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi**

dall'Italia al numero verde 800 221 133
dall'estero al numero +39 02 8295 1155

La Centrale Operativa, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione e gli conferma che il Pagamento diretto è operativo.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

L'Assicurato **deve fornire alla Centrale Operativa** i dati che seguono:

- numero di Polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

Art. 10 Dental network

È il network sanitario di riferimento per l'odontoiatria con una rete di Strutture odontoiatriche Convenzionate.

Per attivare la procedura di Pagamento diretto, l'Assicurato può:

- accedere al servizio dall'Area Clienti areaclienti.generali.it sia via web che tramite l'App MyGenerali generali.it/mygenerali
- contattare la Centrale Operativa almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione ai numeri telefonici:
- **dall'Italia al numero verde 800 221 133**
- **dall'estero al numero +39 02 8295 1155**

Il servizio telefonico è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.
Per le prestazioni non previste dalla specifica sezione di Polizza, l'Assicurato può usufruire di tariffe agevolate tramite il Dental network.
L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'l'App MyGenerali) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/studi-odontoiatrici.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali.

Art. 11 Accesso alle tariffe convenzionate

Se l'Assicurato non attiva l'Assistenza diretta ma si rivolge a una Struttura medica Convenzionata, con pagamento a proprio carico, ha diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione **se si fa riconoscere come Assicurato Generali Italia**.

L'applicazione di tariffe convenzionate può essere richiesta anche per prestazioni che non rientrano nella copertura assicurativa sottoscritta.

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.

Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali e un documento di identità in corso di validità.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/studi-odontoiatrici.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali.

Art. 12 Anticipo indennizzo

Generali Italia su richiesta dell'Assicurato, se riportate in Polizza le rispettive Garanzie e se è stato pagato il relativo Premio, corrisponde un anticipo dell'Indennizzo, che viene sottratto dalla liquidazione definitiva, nei casi e alle condizioni indicate di seguito.

Per la Garanzia Invalidità **Permanente da infortunio:** se a seguito di Infortunio indennizzabile in base alla Polizza i postumi sono quantificati, in via preventiva e secondo parere della consulenza medica di Generali Italia, **in misura superiore al 20%**

della totale, Generali Italia mette a disposizione un anticipo dell'Indennizzo pari al 50% dell'importo che si presume liquidabile, con il massimo di euro 100.000,00 per singolo Assicurato. Tale acconto viene computato in sede di liquidazione definitiva.

Generali Italia ha il diritto di recuperare le somme anticipate nei casi di eventuale inoperatività della garanzia o pagate in eccedenza.

Per la Garanzia **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio:** nel caso di Ricovero durata superiore a 30 giorni, l'Assicurato prima della chiusura del ricovero può chiedere l'anticipo dell'indennizzo se presenta dei documenti che attestano e giustificano il ricovero, nei limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da Ricovero per Infortunio". In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata ogni mese;

Per la Garanzia **Indennità giornaliera per immobilizzazione da Infortunio:** nel caso di applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente, la cui applicazione o rimozione è effettuata solo da personale sanitario, per un periodo superiore a 30 giorni, se l'Assicurato presenta i documenti che attestano e giustificano l'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante, nei limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera per immobilizzazione da Infortunio";

Per la Garanzia **Spese mediche per infortunio:** se l'Assicurato ha subito un Ricovero e ha sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a euro 5.000,00, se presenta la documentazione delle spese e della certificazione dell'Istituto di cura che attesta la data, il motivo del Ricovero e il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipo viene corrisposto nei limiti previsti per la garanzia Spese Mediche per Infortunio salvo conguaglio a cura ultimata.

Per le garanzie **Interventi chirurgici ad alta specializzazione e Spese ospedaliere e chirurgiche** in caso di Ricovero per il quale l'Istituto di cura richiede il pagamento anticipato di una somma a titolo di deposito, l'Assicurato può chiedere il rimborso di tale somma.

L'anticipo viene concesso se:

- l'importo richiesto non supera il limite dell'80% della somma assicurata;
- non ci sono contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di Ricovero;
- viene presentata la certificazione dell'Istituto di cura che attesta l'avvenuta richiesta del deposito, l'importo complessivo delle spese di Ricovero, la descrizione della patologia che rende necessario il Ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il Ricovero.

Art. 13 Controversie – Perizia contrattuale

Per le garanzie della sezione Benessere o della sezione Protezione Plus le parti possono demandare la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti.

In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominare un terzo medico con il consenso delle parti.

Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su richiesta di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il terzo medico interviene **solo in caso di disaccordo** e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza e sono **vincolanti per le parti**.

Ciascun medico può farsi assistere da altri medici e specialisti, i quali possono intervenire nella perizia, senza però avere voto deliberativo.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico e dei professionisti nominati dal proprio medico che hanno collaborato alla perizia. Le spese e competenze del terzo medico sono ripartite a metà tra l'Assicurato e Generali Italia.

I risultati della perizia sono raccolti in un verbale redatto in doppio esemplare, uno per l'Assicurato e uno per Generali Italia.

Art. 14 Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato

Generali Italia rinuncia al proprio diritto di surroga[11] verso gli eventuali responsabili dell'evento dannoso indennizzato, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, lasciando agli stessi la facoltà di fare valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili; lascia così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Come possono essere trattati i dati degli Assicurati?

Art. 15 Trattamenti automatizzati

Tenuto conto della numerosità dei dati trattati da Generali Italia e ai fini dell'efficiente, corretta e rapida gestione dei trattamenti effettuati, Generali Italia può avvalersi di processi, anche automatizzati di trattamento dei dati personali, con il consenso dell'interessato anche di categorie particolari, fondati su algoritmi predefiniti e/o applicativi che sfruttano l'intelligenza artificiale.

In particolare, Generali Italia può avvalersi di processi di machine-learning (apprendimento automatico), deep – learning

(apprendimento avanzato con il quale si simula l'apprendimento umano ed il sistema decisionale), generative AI (utilizzo di algoritmi di machine learning per generare nuovi contenuti che in precedenza si basavano sulla creatività dell'uomo e che possono essere, ad esempio, testo, audio, immagini, video e codice informatico) o di altra tipologia, in tutte le fasi del processo di vita del contratto di assicurazione e della sua gestione, o in parte di esse.

Contro la decisione espressa senza l'intervento dell'operatore umano, Generali Italia garantisce in ogni caso all'Assicurato i diritti di proporre reclamo, di richiedere l'intervento umano finalizzato a una nuova valutazione, e di esprimere la propria opinione, nelle modalità ed attraverso i canali descritti all'interno dell'informativa sul trattamento dei dati personali".

Come posso disdire la Polizza?

Art. 16 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro, denunciato in base alla polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, Generali Italia ha facoltà di recedere dall'Assicurazione, mediante lettera raccomandata, con effetto dalla successiva scadenza annua del Premio.

Generali Italia può avvalersi della facoltà di recesso solo per i sinistri relativi alle garanzie della sezione Benessere.

Qualora siano assicurate in polizza garanzie delle sezioni Protezione Plus e Salute, Generali Italia non può avvalersi della facoltà di recesso per tali garanzie. In tal caso generali Italia si impegna a proseguire l'assicurazione per le garanzie delle Sezione sezioni Protezione Plus e Salute con sostituzione del contratto per la residua durata e alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Il pagamento dei Premi scaduti dopo la denuncia dell'Infortunio o qualunque altro atto di Generali Italia non costituiscono rinuncia di Generali Italia ad avvalersi della facoltà di recesso.

[10] Art. 1915 del Codice civile.

[11] Art. 1916 del Codice civile..

Allegato relativo oblio oncologico

Il presente allegato ha rilevanza solo nel caso in cui vengano acquisite dichiarazioni relative allo stato di salute dell'assicurato.

Ai fini della corretta compilazione del questionario sullo stato di salute, si comunica che la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" ha introdotto il "diritto all'oblio oncologico".

Tale Legge stabilisce che in sede di stipula o rinnovo dei contratti di assicurazione **non è ammesso chiedere informazioni** sul precedente stato di salute dell'Assicurando/Assicurato che **in passato è stato affetto da patologie oncologiche ed è attualmente considerato guarito.**

Secondo la Legge, si considera guarita da una patologia oncologica la persona che, alla data della richiesta di informazioni sul suo stato di salute, ha concluso da più di 10 anni il trattamento attivo, senza episodi di recidiva.

Tale periodo è ridotto della metà (5 anni) se la patologia è insorta prima del ventunesimo anno di età.

Per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati, previsti dal Decreto del 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, consultabile al seguente indirizzo

www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/04/24/24A02057/SG

Pertanto, chi è stato affetto da una patologia oncologica e ha concluso il trattamento attivo da più di 10 anni (o 5 anni se la patologia è insorta prima del ventunesimo anno di età), o nel termine ridotto per le ipotesi indicate dal Decreto del 22 marzo 2024, senza episodi di recidiva, secondo la Legge è considerato guarito e quindi NON è tenuto a fornire alcuna informazione relativa alla precedente patologia oncologica. Ciò significa che, rispetto ai quesiti contenuti nei questionari o nei modelli assuntivi, potrà rispondere senza tenere conto e senza segnalare eventuali malattie oncologiche di cui ha sofferto e che allo stato si considerano guarite, fermo l'obbligo di dichiarare eventuali altre patologie rilevanti".

L'informativa è disponibile in allegato ai set informativi dei prodotti che prevedono un questionario sanitario o una dichiarazione di buona salute.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Per facilitare la consultazione dell'elenco sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo od apparato, ed all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione ICD9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, con i primi due che identificano generalmente un organo/apparato/sistema, mentre il terzo ed il quarto specificano sede e tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono limitati al terzo carattere per identificare interventi che non richiedono ulteriori specificazioni ovvero che raggruppano per analogia quelli che differiscono esclusivamente per il quarto carattere.

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)
2. Interventi sul sistema endocrino (06-07)
3. Interventi sull'occhio (08-16)
4. Interventi sull'orecchio (18-20) associati a Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)
5. Interventi sul sistema respiratorio (30-34)
6. Interventi sul sistema cardio vascolare (35-39)
7. Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)
8. Interventi sull'apparato digerente (42-54)
9. Interventi sull'apparato urinario (55-59) e Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)
10. Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)
11. Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)
12. Interventi sui tegumenti (85-86)

1. Interventi sul sistema Nervoso (01–05)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia e craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.25	Altra craniectomia
	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	01.32	Lobotomia e trattotomia
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali

	03.59	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

2. Interventi sul sistema Endocrino (06–07)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.52	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

3. Interventi sull'Occhio (08–16)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare

4. Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione

Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronariche	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
By pass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAS
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 – 54)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	44.2	Piloroplastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistotomia e colecistostomia	51.01	Aspirazione percutanea della colecisti
Colecistotomia e colecistostomia	51.02	Colecistostomia con trequarti
Colecistectomia	51.2	Colecistectomia
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatica	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario (55 - 59) e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto Renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale

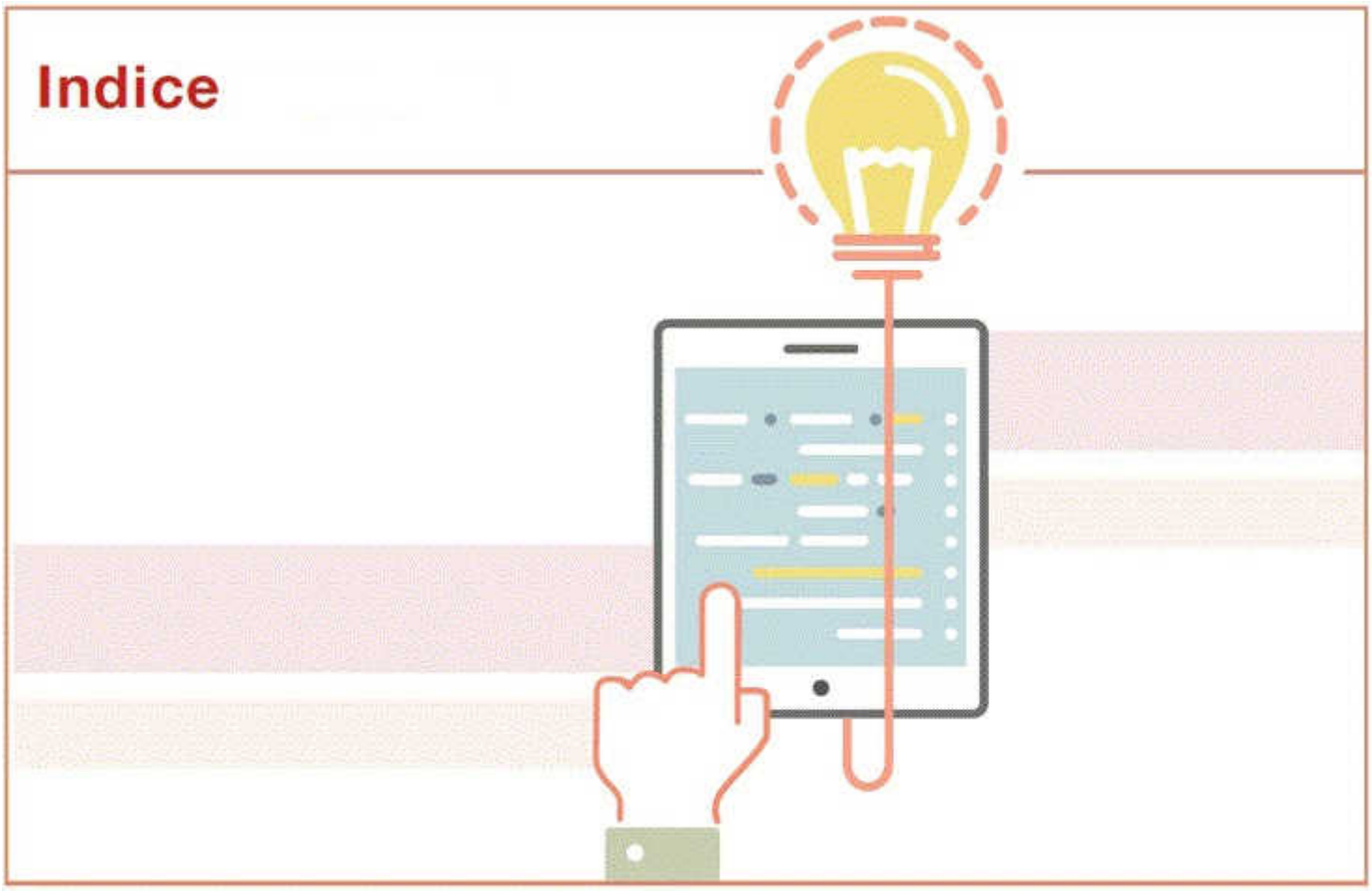
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Riduzione cruenta di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e decompressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
Artrodesi vertebrale (qualsiasi sede e metodica) eccetto cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore	81.08	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

12. Interventi sui tegumenti (85 - 86)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Mastectomia radicale monolaterale	85.45	Mastectomia radicale monolaterale

Indice



STRUTTURA DEL MODULO E DEFINIZIONI	PAG.
PRESENTAZIONE	1
DEFINIZIONI	4
CONDIZIONI SPECIFICHE – SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA (accessoria)	9
Art. 1 Assicurati	9
Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie	9
Art. 2 Pronto avvocato - Consulenza legale telefonica	9
Che obblighi ho? **Quali obblighi ha l'impresa?**	10
Art. 2.1 Come attivare la consulenza legale telefonica	10
Art. 3 Welion card	10
Art. 4 W Benessere	10
Art. 5 Second Opinion	11
Art. 6 Servizio di consulto remoto	11
Art. 7 Teleconsulto medico specialistico	12
Art. 8 Caregiver (assistente familiare) Base: Sportello di orientamento per caregiver	12

Art. 9 Caregiver (assistente familiare) Top: Sportello di orientamento per caregiver e Prestazioni di assistenza domiciliare per familiari anziani e non autosufficienti 12
Art.10 Check-up Start 13
Art. 11 Check-up Top 15
Art. 12 Responsabilità 18
Art. 13 Assistenza Start 18
Art. 14 Assistenza Top 20
Che cosa NON è assicurato? 24
Art. 15 Esclusioni prestazioni assistenza 24
Ci sono limiti di copertura? 24
Art. 16 Limite per annualità assicurativa 24
Art. 17 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 24
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 24
Dove vale la copertura? 26
Art. 17 Validità territoriale 26
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 27
Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa 27
Art. 18 Come attivare l'assistenza 27
CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE BENESSERE 28
Che cosa è assicurato? 28
Art. 1 Assicurati 28
Art. 2 Infortunio: eventi compresi 28
Che cosa è assicurato? Garanzie base 29
Art. 3 Invalidità permanente da infortunio 29
Art. 4 Morte da infortunio 32
Art. 5 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio 32
Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie 33
Art. 6 Pronta liquidazione infortuni 33
Art. 7 Rendita vitalizia da infortunio 35
Art. 8 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio 35
Art. 9 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio 36
Art. 10 Spese mediche per infortunio 36
Art. 11 Cure fisioterapiche per infortunio 37
Art. 12 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio 37
Art. 13 Responsabilità Civile del Contraente 37
Con quali condizioni operative assicuriamo? 38

Art.14 Operatività dell'assicurazione infortuni 38
Art. 15 Criteri di indennizzabilità 38
Che cosa NON è assicurato? 38
Art. 16 Esclusioni sezione Benessere 38
Ci sono limiti di copertura? 39
Art. 17 Infortunio: limite per unico evento 39
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 39
CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE PROTEZIONE PLUS 41
Che cosa è assicurato? 41
Art. 1 Assicurati 41
Che cosa è assicurato? Garanzia Base 41
Art. 2 Invalidità permanente da malattia 41
Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie 42
Art. 3 Rendita vitalizia da Malattia 42
Art. 4 Invalidità permanente da ictus o infarto 42
Che cosa NON è assicurato? 44
Art. 5 Esclusioni 44
Ci sono limiti di copertura? 44
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 44
CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE SALUTE 45
Che cosa è assicurato? 45
Art. 1 Assicurati 45
Art. 2 Garanzie 45
Art. 3 Massimali e somme assicurate 45
Che cosa è assicurato? Garanzie Base 46
Art. 4 Interventi chirurgici ad alta specializzazione 46
Art. 5 Spese ospedaliere e chirurgiche 47
Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie 49
Art. 6 Maternità 49
Art. 7 Cure oncologiche 49
Art. 8 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione 49
Art. 9 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio 50
Art. 10 Protesi 50
Art. 11 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi 50

Art. 12 Medicinali 51
Art. 13 Trattamenti psicoterapici 51
Art. 14 Cure dentarie 51
Art. 15 Cure dentarie da infortunio 52
Art. 16 Lenti correttive 52
Art. 17 Indennità Giornaliera per ricovero da malattia o parto 52
Art. 18 Indennità Giornaliera per convalescenza da malattia 52
Art. 19 Indennizzo forfettario per gravi eventi 53
Che cosa NON è assicurato? 53
Art. 20 Esclusioni sezione Salute 53
Ci sono limiti di copertura? 55
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 55
CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO 58
Che cosa NON è assicurato? 58
Art. 1 Persone escluse dall'assicurazione 58
Art. 2 Limiti di età e risoluzione del rapporto di lavoro 58
Dove vale la copertura? 58
Art. 3 Validità territoriale 58
Con quali condizioni operative assicuriamo? 58
Art. 4 Modalità di assicurazione 58
Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa 58
Art. 5 Dichiarazioni del Contraente o Assicurato – Variazioni del Rischio 58
Art. 6 Questionario medico dell'Assicurato in caso di forma nominativa 59
Art. 7 Obblighi del Contraente 59
Art. 8 Altre assicurazioni 60
Art. 9 Comunicazioni tra le Parti 60
Art. 10 Legge applicabile e Foro competente 60
Art. 11 Variazioni della persona del Contraente 60
Art. 12 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali 60
Quando e come devo pagare? 61
Art. 13 Pagamento del Premio e regolazione 61
Art. 14 Calcolo del Premio e della regolazione 61
SEZIONI BENESSERE E PROTEZIONE PLUS 61
SEZIONE SALUTE 62
Art. 15 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/Massimali 62

Art. 16 Modalità di pagamento del Premio 62
Art. 17 Oneri 63
Quando comincia la copertura e quando finisce? 63
Art. 18 Entrata in vigore dell'Assicurazione 63
Art. 19 Termini di aspettativa 63
Come posso disdire la Polizza? 65
Art. 20 Disdetta e Recesso dal contratto 65
Art. 21 Clausola di revisione in corso di contratto (Ius variandi) 65
Art. 22 Diritto di ripensamento 66
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI 66
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 68
Che obblighi ho? 68
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1 Evento e determinazione dell'annualità assicurativa di competenza del sinistro 68
Art. 2 Denuncia dell'Infortunio 68
Art. 3 Denuncia della Malattia 68
Art. 4 Denuncia del Ricovero o dell'intervento chirurgico e di prestazioni sanitarie extra ricovero 68
Art. 5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro 69
Art. 6 Pagamento dell'indennizzo 69
Art. 7 Richiesta di rimborso 69
Art. 8 Denuncia on line 69
Art. 9 Pagamento diretto modalità di attivazione 69
Art. 10 Dental network 71
Art. 11 Accesso alle tariffe convenzionate 71
Art. 12 Anticipo indennizzo 71
Art. 13 Controversie – Perizia contrattuale 72
Art. 14 Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato 72
Come possono essere trattati i dati degli Assicurati?
Art. 15 Trattamenti automatizzati 72
Come posso disdire la Polizza? 73
Art. 16 Recesso in caso di sinistro 73
ALLEGATO RELATIVO OBLIO ONCOLOGICO 74
ELECO INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE 75

generali.it