



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**

Un contratto semplice e chiaro:

Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico “Contratti Semplici e Chiari” coordinato dall’ANIA.

Ultimo aggiornamento: 29.06.2024

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: generalitalia@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. E' inoltre rivolta ai soggetti che operano nel settore delle attività ludico-ricreative, sportive, di formazione professionale e Istituti scolastici per assicurare i medesimi rischi e riconoscere le medesime prestazioni di assistenza in favore dei fruitori dei servizi prestati da questi soggetti.



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
- ✓ Servizio di consulto remoto
- ✓ Assistenza start
- ✓ Assistenza top

SEZIONE BENESSERE

Garanzie Base

- ✓ Invalidità permanente da infortunio;
- ✓ Morte da infortunio

Garanzie accessorie

- ✓ Pronta liquidazione Infortuni
- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
- ✓ Rendita Vitalizia da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per immobilizzazione 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

- ✓ Rendita vitalizia da malattia;
- ✓ Invalidità permanente da ictus o infarto.

SEZIONE SALUTE

Garanzie accessorie

- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto;
- ✓ Indennità giornaliera per convalescenza da malattia;
- ✓ Indennizzo forfetario per gravi eventi.

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 paranoici, 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 ebbrezza, 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;

Sono, inoltre escluse:

- ✗ 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 i Ricoveri o Day Hospital conseguenti a:

- ✗ malattie mentali in genere e patologie collegate (ad esempio: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive;
- ✗ interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipula del contratto;
- ✗ disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- ✗ intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- ✗ trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;
- ✗ interventi chirurgici aventi finalità estetiche. Fanno eccezione alla presente esclusione gli interventi aventi finalità ricostruttiva conseguenti a intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
- ✗ protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- ✗ conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (sono invece incluse le conseguenze causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- ✗ conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- ✗ degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietetologici o del benessere;
- ✗ 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;
- ✗ prestazioni non riconosciute dalle Autorità Internazionali o non inerenti alla cura della patologia che li ha determinati;
- ✗ accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ✗ sieropositività HIV, A.I.D.S.



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 erogati Servizi e 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.

Pronto Avvocato: Il servizio assicurativo Consulenza legale telefonica opera in Italia e in relazione a normative italiane.

Le Prestazioni e i servizi 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 nominativa, ogni Assicurato deve compilare e sottoscrivere un questionario medico sul suo stato di salute, e su eventuali traumi, Infortuni e Malattie pregressi indicare eventuali altre coperture per Infortuni e Malattie in corso diverse da quella eventualmente oggetto di sostituzione. Inoltre, 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.



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.



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.

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.

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)

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: ATTIVA WELFARE

Edizione: 29.06.2024

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

GENERALI ITALIA S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali; la sede legale è 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: generalialitalia@pec.generaligroup.com. Generali Italia è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Patrimonio netto al 31/12/2019: € 10.244.148.191,00 di cui € 1.618.628.450,00 relativi al capitale sociale e € 7.550.853.867,00 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet <https://www.generali.it/note-legali>.
Requisito patrimoniale di solvibilità: € 8.217.950.961,75
Requisito patrimoniale minimo: € 3.180.739.318,67
Fondi propri ammissibili: € 17.610.296.018,45
Indice di solvibilità (solvency ratio): 214,29% (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).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

SEZIONE BENESSERE

Per le seguenti Garanzie è prevista la possibilità per il Contraente di scegliere i seguenti Ambiti di operatività della sezione Benessere, che comportano una riduzione del rispettivo Premio

- "PROFESSIONALE": l'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza o durante il tragitto da casa al posto di lavoro e viceversa.
- "EXTRAPROFESSIONALE": l'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni normale attività a carattere non professionale nel tempo libero (attività familiari e domestiche, pratica di hobby, eccetera).

Elenco delle 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

GARANZIE CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

In aggiunta alle Garanzie già descritte nel DIP Danni, con il pagamento di un Premio aggiuntivo, sono disponibili le OPZIONI di seguito indicate per Sezione.

Sezione Benessere	Pronta liquidazione infortuni
-------------------	-------------------------------



Che cosa NON è assicurato?

Alcune Garanzie opzionali prevedono specifiche esclusioni.

Responsabilità civile del contraente

La Garanzia non è prestata quando gli infortunati sono:

- legale rappresentante, amministratore o socio a responsabilità illimitata della società Contraente;
- parenti o affini del Contraente o di uno degli altri soggetti esclusi con questi stabilmente conviventi.



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

Sono previsti gli specifici limiti di seguito indicati per Garanzia.

- **Welion Card- Accesso al network sanitario a tariffe agevolate:** i costi agevolati delle prestazioni sanitarie sono a carico dell'Assicurato
- **Servizio di consulto remoto:** massimo 5 consulti remoti per annualità assicurativa
- **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. 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. Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
 - **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. Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra l'Assicurato e il collaboratore familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
 - **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 autambulanza. 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 spesa relativa 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.

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.
- **Rendita vitalizia da infortunio:** la Garanzia prevede la costituzione, con l'emissione a favore dell'Assicurato di apposita polizza Vita, della rendita annua rivalutabile indicata in Polizza in caso di Infortunio indennizzabile per cui è accertato un grado di Invalidità permanente da infortunio pari almeno al 66%.
- **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 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 lo stesso Assicurato ha acquistato sia la Garanzia Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio e 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%.
- **Rendita vitalizia da malattia:** la Garanzia prevede la costituzione, con l'emissione a favore dell'Assicurato di apposita polizza vita, della rendita annua rivalutabile indicata in Polizza in caso di Malattia indennizzabile per la quale è accertato un grado di Invalidità permanente pari almeno all'80%.

SEZIONE SALUTE

Le garanzie operano previa applicazione della franchigia, se prevista in Polizza.

Sono inoltre previsti gli specifici limiti di seguito indicati per Garanzia.

- **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 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 rappresenta la somma pagata a titolo di prestazione forfettaria predeterminata in caso di Diagnosi o accadimento di uno dei gravi eventi nelle Condizioni di assicurazione e può essere corrisposto per uno solo dei gravi eventi in garanzia. Al pagamento dell'indennizzo la Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: I Sinistri devono essere denunciati per iscritto all'Agenzia dove è appoggiato il contratto o a Generali Italia. Per le Garanzie Invalidità permanente da infortunio, Rendita vitalizia da infortunio, Spese mediche per infortunio, Indennità giornaliera per ricovero da infortunio e Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto degli stessi, deve presentare la <u>denuncia dell'infortunio</u> a Generali Italia <u>entro quindici giorni</u> da quello in cui lo stesso si è verificato o ne ha avuto conoscenza o possibilità. La denuncia deve indicare luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato. Il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta. Generali Italia deve essere immediatamente avvisata della morte dell'Assicurato causata dall'infortunio o avvenuta nel corso del periodo di cura. Per le Garanzie Invalidità permanente da malattia, Rendita vitalizia da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennizzo forfettario per gravi eventi, la <u>Malattia</u> deve essere <u>denunciata</u> dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi <u>entro 15 giorni dalla Diagnosi</u> della stessa o da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità e deve essere corredata o seguita, non appena possibile, da tutta la relativa certificazione medica. Per le Garanzie Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto, Indennità giornaliera per convalescenza da malattia, la <u>denuncia del Ricovero o dell'intervento chirurgico</u>, deve essere effettuata <u>entro 15 giorni</u> da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione e deve essere corredata, non appena possibile, dalla documentazione medica inclusa 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 consentire la visita dei medici inviati da Generali Italia e le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo nonché fornire tutta la documentazione medica necessaria. Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo e la cessazione delle Garanzie. Per alcune Garanzie sono previsti specifici obblighi in caso di Sinistro indicati nelle relative sezioni delle condizioni di assicurazione. Gestione da parte di altre imprese: CONSULENZA LEGALE TELEFONICA (Pronto Avvocato): La gestione dei Servizi di Consulenza legale telefonica è affidata a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., ASSISTENZA: La gestione dei Sinistri Assistenza è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono in due anni dal verificarsi del fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione giudiziaria per richiedere il risarcimento.
Dichiarazioni inesatte o reticenze	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Verificata l'operatività della Garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, se non è stata fatta opposizione, Generali Italia provvede al pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni, Per la Garanzia Responsabilità civile del Contraente, Generali Italia assume, a nome dello stesso, la gestione delle vertenze in sede stragiudiziale e giudiziale, sia civile che penale, comprese le procedure di mediazione delle controversie civili previste dalla normativa vigente. L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento toglie effetto a ogni denuncia di Sinistro eventualmente presentata.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, in caso di esercizio del diritto di ripensamento da parte del Contraente, Generali Italia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa il Premio versato, al netto delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipula	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.
Risoluzione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

ATTIVA WELFARE è rivolto alle imprese che hanno espresso un bisogno di cura della persona e assistenza e soccorso in favore delle persone che intrattengono con loro un rapporto di natura economico-professionale o che fruiscono dei servizi da loro erogati, nonché agli enti che operano nel settore delle attività ludico-ricreative, sportive, di formazione professionale e agli Istituti scolastici che abbiano espresso i medesimi bisogni in favore dei fruitori dei loro servizi.



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. – 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 Tutela Cliente. 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 i di Agenti, i loro dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari bancari e dei broker, compresi i loro dipendenti e collaboratori, possono essere indirizzati direttamente all'intermediario e sono da loro gestiti. Se il reclamo è ricevuto da Generali Italia, la stessa provvede a trasmetterlo senza ritardo all'intermediario interessato, e a dare contemporaneamente notizia della trasmissione al reclamante.
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". I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere: a) Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) Breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

Mediazione	Se è già stata effettuata la perizia contrattuale nei casi non attinenti alla determinazione e stima dei danni, la legge prevede la mediazione obbligatoria. La mediazione costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita. Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a: Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com. Gli organismi di mediazione sono consultabili nel sito www.giustizia.it tenuto dal Ministero della Giustizia.
Negoziazione assistita	In ogni caso è possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere altresì preventivamente alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato a Generali Italia secondo le modalità indicate nel Decreto legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversia di natura medica relativamente alle garanzie della Sezione Benessere e Protezione Plus, si può ricorrere alla perizia contrattuale prevista nelle Condizioni di assicurazione per tale tipologia di controversie. L'istanza di attivazione della perizia contrattuale dovrà essere indirizzata a: Generali Italia S.p.A. - Via Marocchesa, 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV) - e-mail: generaliitalia@pec.generaligroup.com 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).

AVVERTENZA: 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.

Indice



STRUTTURA DEL MODULO E DEFINIZIONI

PAG.

PRESENTAZIONE

1

DEFINIZIONI

3

CONDIZIONI SPECIFICHE – SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA (accessoria)

7

Art. 1 Assicurati

7



Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

7

Art. 2 Pronto avvocato - Consulenza legale telefonica

7



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

8

Art. 2.1 Come attivare la consulenza legale telefonica

8

Art. 3 Welion card - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

8

Art. 4 Servizio di consulto remoto

8

Art. 5 Assistenza Start

9

Art 6 Assistenza Top

10



Che cosa NON è assicurato?

14

Art 7 Esclusioni prestazioni assistenza

14



Ci sono limiti di copertura?

15

Art. 8 Limite per annualità assicurativa	15
Art. 9 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative	15
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO	15
 Dove vale la copertura?	16
Art. 10 Validità territoriale	16
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	17
Art. 11 Come attivare l'assistenza	17
CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE BENESSERE	18
 Che cosa è assicurato?	18
Art. 1 Assicurati	18
Art. 2 Infortunio: eventi compresi	18
Che cosa è assicurato? Garanzie base	19
Art. 3 Invalidità permanente da infortunio	19
Art. 4 Morte da infortunio	21
 Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie	22
Art. 5 Pronta liquidazione infortuni	22
Art.6 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	24
Art.7 Rendita vitalizia da infortunio	25
Art. 8 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio	25
Art. 9 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio	25
Art. 10 Spese mediche per infortunio	26
Art.11 Cure fisioterapiche per infortunio	26
Art.12 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio	26
Art.13 Responsabilità Civile del Contraente	26
Con quali condizioni operative assicuriamo?	27
Art.14 Operatività dell'assicurazione infortuni	27
Art. 15 Criteri di indennizzabilità	27
 Che cosa NON è assicurato?	28
Art. 16 Esclusioni sezione Benessere	28
 Ci sono limiti di copertura?	28
Art. 17 Infortunio: limite per unico evento	29
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO	29
CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE PROTEZIONE PLUS	30
 Che cosa è assicurato?	30
Art. 1 Assicurati	30

	Che cosa è assicurato? Garanzia Base	30
	Art. 2 Invalidità permanente da malattia	30
	Che cosa è assicurato? Garanzie Accessorie	31
	Art. 3 Rendita vitalizia da Malattia	31
	Art. 4 Invalidità permanente da ictus o infarto	31
	Che cosa NON è assicurato?	33
	Art. 5 Esclusioni	33
	Ci sono limiti di copertura?	33
	TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO	33
	CONDIZIONI SPECIFICHE - SEZIONE SALUTE	34
	Che cosa è assicurato?	34
	Art. 1 Assicurati	34
	Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie	34
	Art. 2 Indennità Giornaliera per ricovero da malattia o parto	34
	Art. 3 Indennità Giornaliera per convalescenza da malattia	35
	Art. 4 Indennizzo forfettario per gravi eventi	35
	Ci sono limiti di copertura?	36
	TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO	36
	CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO	37
	Che cosa NON è assicurato?	37
	Art. 1 Persone escluse dall'assicurazione	37
	Art. 2 Limiti di età e risoluzione del rapporto di lavoro	37
	Dove vale la copertura?	37
	Art. 3 Validità territoriale	37
	Con quali condizioni operative assicuriamo?	37
	Art. 4 Modalità di assicurazione	37
	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	37
	Art. 5 Dichiarazioni del Contraente o Assicurato – Variazioni del Rischio	37
	Art. 6 Questionario medico dell'Assicurato in caso di forma nominativa	38
	Art. 7 Obblighi del Contraente	38
	Art. 8 Altre assicurazioni	38
	Art. 9 Comunicazioni tra le Parti	39
	Art. 10 Legge applicabile e Foro competente	39
	Art. 11 Variazioni della persona del Contraente	39

Art. 12 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali	39
 Quando e come devo pagare?	39
Art. 13 Pagamento del Premio e regolazione	39
Art. 14 Calcolo del Premio e della regolazione	40
Art. 15 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali	46
Art. 16 Modalità di pagamento del Premio	41
Art. 17 Oneri	42
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	42
Art. 18 Entrata in vigore dell'Assicurazione	42
 Come posso disdire la Polizza?	42
Art. 19 Disdetta e Recesso dal contratto	42
Art. 20 Modifica delle condizioni dell'Assicurazione o delle Garanzie nel periodo di validità dell'Assicurazione	43
Art. 21 Diritto di ripensamento	43
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI	43
Invio dei Reclami	43
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO	45
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	45
Art. 1 Evento e determinazione dell'annualità assicurativa di competenza del sinistro	45
Art. 2 Denuncia dell'Infortunio	45
Art. 3 Denuncia della Malattia	45
Art. 4 Denuncia del Ricovero	45
Art. 5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	46
Art. 6 Pagamento dell'indennizzo	46
Art. 7 Richiesta di rimborso	46
Art. 8 Accesso alle tariffe convenzionate	46
Art.9 Anticipo indennizzo	46
Art. 10 Controversie – Perizia contrattuale	47
Art. 11 Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato	47
 Come posso disdire la Polizza?	47
Art. 12 Recesso in caso di sinistro	47

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 fruiscono dei servizi da loro erogati. E' inoltre rivolta ai soggetti che operano nel settore delle attività ludico-ricreative, sportive, di formazione professionale e Istituti scolastici che vogliono assicurare i medesimi rischi e riconoscere le medesime prestazioni di assistenza in favore delle persone che risultano fruitori dei servizi prestati da questi soggetti.

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 la seguente:

- 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 dal presente contratto 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 con: - Invalidità Permanente da Infortunio - Morte da infortunio - Invalidità Permanente da Malattia solo se il Contraente comunica l'anagrafica degli assicurati
	Pronto avvocato	
	Wellion card	
	Servizio di consulto remoto	
	Assistenza start	
	Assistenza top	Attivabile solo se attivata anche assistenza start
SEZIONE BENESSERE		
Invalidità Permanente da Infortunio		
Morte da Infortunio		
	Pronta liquidazione Infortuni	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	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

	Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto	Attivabile 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 Indennità giornaliera per ricovero da malattia o parto

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura del documento, abbiamo utilizzato i seguenti strumenti grafici:

- **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 anche possibile segnalare il Sinistro tramite l'Area Clienti del sito www.generali.it o dall'App MyGenerali.

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

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.
Assicurazione	Contratto di assicurazione Attiva Welfare
Assicurato	Persona residente in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano 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.).
Centrale Operativa	Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, che appartiene al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 22:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 14:00 (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 prestazioni 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	Degenza senza Intervento chirurgico presso reparto di Istituto di cura a regime solo diurno, documentata da Cartella clinica.
Day surgery	Intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura con degenza diurna in reparto che non comporta pernottamento, 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. I punti di sutura non sono considerati intervento chirurgico.
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).
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.
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.
Modalità di assicurazione	Modalità di copertura scelta dal Contraente (in base alle retribuzioni o in base al numero degli Assicurati o per persona indicata nominativamente) in polizza per ciascun Assicurato o categoria assicurata
Pagamento a rimborso	Liquidazione a rimborso che Generali Italia effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato.
Pagamento diretto	Servizio di liquidazione che Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura medica convenzionata.
Premio	Somma dovuta dal Contraente a Generali Italia per la stipula dell'assicurazione.
Prestazione	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 correttamente.
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 apparentemente 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.
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 appartenente 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 mediche Convenzionate	Strutture sanitarie (Istituti di cura, ambulatori medici) e medici convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia, che forniscono prestazioni sanitarie a tariffe agevolate.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da medico o da professionista con laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, per il 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.
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 inerente.

CONDIZIONI SPECIFICHE – SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA (accessoria)

Art. 1 Assicurati

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto delle persone nominativamente indicate o appartenenti 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

PREMESSA: In relazione alla normativa introdotta dal D. Lsg. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, 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 DAS¹ 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 vulture 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.

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 - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

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 come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card (disponibile 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/strutture-mediche.

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

Art. 4 Servizio di consulto remoto

Che cosa è assicurato

In caso di necessità, l'Assicurato può usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica da remoto (telefono/video) che prevede:

- a. informazioni medico sanitarie su vaccinazioni,
- b. parere medico immediato,
- c. guida sanitaria on-line.

Di seguito gli aspetti di dettaglio del servizio:

a. Informazioni medico sanitario su vaccinazioni:

servizio che in caso di necessità, consente all'Assicurato di mettersi in contatto con un medico appartenente a una delle Strutture mediche Convenzionate con Welion, che fornisce supporto informativo riguardo a:

- vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge Italiana (quali vaccini, modalità di somministrazione, calendario vaccinale)
- vaccinazioni consigliate in vista di viaggi e trasferte in altri paesi nel mondo (tempistiche, modalità di somministrazione).

b. Parere medico immediato:

servizio tramite il quale l'Assicurato, in caso di necessità, può mettersi in contatto con personale medico che fornisce le informazioni più opportune e i consigli richiesti.

c. Guida sanitaria on-line:

Servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);

- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni)

Per richiedere i servizi di consulenza forniti dalla Centrale Operativa l'Assicurato deve consultare le informazioni disponibili nella sua area personale del sito web Generali.it o dall' App MyGenerali. Previa verifica del diritto alla prestazione, l'Assicurato viene messo in contatto con un medico della Centrale Operativa. 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 consultazioni remote per annualità assicurativa.

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) EuropAssistancelItaliaSpA@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. 5 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 personalmente, 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 personalmente, 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 a 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, compatibilmente con le 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, compatibilmente con le 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 e/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 6 Assistenza Top

Se attivata l'Assistenza Top oltre le Prestazioni previste per l'Assistenza Start sono previste le seguenti 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 sopralluogo 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 necessità 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 € 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 i seguenti:

- 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 spesa 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.



Che cosa NON è assicurato?

Art 7 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 provenienti 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. 8 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. 9 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
Welion Card- Accesso al network sanitario a tariffe agevolate	I costi agevolati delle prestazioni sanitarie sono a carico dell'Assicurato
Servizio di consulto remoto	Massimo 5 consulti remoti per annualità assicurativa
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. Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
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. Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra l'Assicurato e il collaboratore familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
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 autambulanza 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.



Dove vale la copertura?

Art. 10 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. 11 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 personali². 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 nominativamente indicate o appartenenti 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 prestate, 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 espressamente esclusi**, 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 un'indennità giornaliera da ricovero 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 un'indennità per Invalidità Permanente **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.

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%	
• 12 ^a 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 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 eccedente 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

Ulteriore garanzia: Indennità speciale Salvaguardia piani di risparmio**Che cosa è assicurato**

La presente Garanzia opera in caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subito 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 seguenti voci:

- 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 antecedenti 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 presunta³ 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.**

Ulteriori garanzie:

Che cosa è assicurato

Rimpatrio salma

Se il decesso conseguente ad Infortunio indennizzabile in base alla Polizza avviene all'estero, la copertura è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma, debitamente documentate, 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 altrimenti diritto figurano figli minori o permanentemente inabili al lavoro, 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.



Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

Art. 5 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
SPALLA	Lussazioni	5%
	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

Infoturnio 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

Infoturnio 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 nei seguenti articoli 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 seguente documentazione** come prova delle Lesioni che derivano dall'Infoturnio:

- documentazione del Pronto Soccorso, compresi gli esami strumentali eseguiti;
- esami strumentali (per esempio RX, Ecografia, TAC, RMN) eseguiti nell'immediatezza dell'Infoturnio.

QUANDO E COME È LIQUIDATO L'INDENNIZZO

- Generali Italia paga l'Indennizzo in base alla tabella **se l'Infoturnio provoca solo una delle Lesioni nella stessa previste**. Se Generali Italia paga l'Indennizzo predeterminato nella tabella, **l'Infoturnio non è ulteriormente valutato in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio**.
- Se dall'infoturnio 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 Infoturnio da cui deriva una delle Lesioni previste nella tabella**. Gli infoturni 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 Infoturni, 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 Infoturni in base alla Garanzia Invalidità permanente da Infoturnio, 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 al 3.000,00 euro: $100.000,00 \times 1,5\%$ 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 al 3.000,00 euro: $100.000,00 \times 1,5\%$ per ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)

- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

ESCLUSIONE CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E ATTIVAZIONE ASSISTENZA DIRETTA PER RICOVERO

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

- anche le seguenti Garanzie, 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 seguenti Garanzie non operano:

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

Art.6 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.

Ulteriore garanzia:

Che cosa è assicurato**Indennità per ricovero prolungato**

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 successivamente all'operatività della polizza.

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 conseguenti 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.

Generali Italia paga l'indennità giornaliera dal giorno successivo all'applicazione della Gessatura o del Tutore immobilizzante esterno equivalente fino al giorno della sua rimozione.

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 di immobilità fisica che comportano la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, se non è clinicamente possibile 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 e/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:

- integralmente, 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 seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- **fino a euro 30,00 dal giorno successivo all'infortunio regolarmente 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) con questi stabilmente conviventi.

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 subiti 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 subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in Polizza. Se confermati dal datore di lavoro, sono inoltre inclusi:

- gli Infortuni subiti 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 oggettivamente necessari per compiere il tragitto stesso
- gli Infortuni subiti 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 subiti 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 vigenti disposizioni** (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) **direttamente o indirettamente, contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
 - g) **direttamente o indirettamente, 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 seguenti infermità mentali: 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) comportanti l'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 contemporaneamente 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
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 per infortunio € 2.000.000,00 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 nominativamente indicate o appartenenti 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 prestate, 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 oggettivamente constatabili 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 attivazione della Garanzia; inoltre, nella valutazione dei postumi, **si tiene conto solo delle conseguenze della singola Malattia insorta dopo l'attivazione della Garanzia e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o Difetti fisici preesistenti all'attivazione della Garanzia**.
Se l'Assicurato **denuncia più patologie**, contemporaneamente o in momenti successivi, la valutazione dell'Invalidità permanente viene effettuata **sulle singole Malattie denunciate considerate separatamente**.
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 20% 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 al 50% - 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 immediatamente riscontrato in ambito di Ricovero in Istituto di cura.

La Garanzia vale per le Invalidità permanenti conseguenti 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 oggettivamente constatabili dell'Invalidità permanente che deriva dall'Ictus o Infarto denunciato, se questo non risulta causato o concausato da Malattia preesistente alla data di effetto della Garanzia.

Non sono indennizzabili le conseguenze di Malattie preesistenti alla data di attivazione della Garanzia; inoltre, nella valutazione dei postumi, si tiene conto solo delle conseguenze della Malattia insorta dopo l'attivazione della Garanzia e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o Difetti fisici preesistenti all'attivazione della Garanzia.

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 direttamente o indirettamente da:

- a) stati invalidanti preesistenti alla stipula del contratto;
- b) malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla 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 appartenenti 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 prestate, 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? Garanzie accessorie

Art. 2 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.

Che cosa NON è assicurato

Per questa garanzia sono esclusi i Ricoveri o Day hospital dovuti a:

- malattie mentali in genere e patologie collegate (ad esempio: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive;
- interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipula del contratto;
- disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;
- interventi chirurgici che hanno finalità estetiche fatti salvi gli interventi che hanno finalità ricostruttiva conseguenti a intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
ATTENZIONE 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 (questo elenco è riportato come esempio e non esaurisce tutte le casistiche);**
- protesi dentarie e ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (**sono invece incluse le conseguenze causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche**);
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- degenze 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;

- k) 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;
- l) prestazioni non riconosciute dalle Autorità Internazionali o non inerenti la cura della patologia che li ha determinati;
- m) accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- n) sieropositività HIV, AIDS

Ulteriore garanzia:

Che cosa è assicurato

Indennità per ricovero prolungato

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 successivamente all'operatività della polizza.**

Art. 3 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. 4 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 dei seguenti eventi 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 trombotico o embolia ad esordio brusco immediatamente 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; limitatamente alla 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:

- a) Diagnosi o eventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia;
- b) conseguenze e complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate.

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.



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
Indennità giornaliera per ricovero da Malattia o parto	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			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 alcolismo 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 intercorrente con il Contraente in corso di copertura, l'Assicurazione termina alle ore 24 del giorno di 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, 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 nominativamente** 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'Assicurazione⁴.

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'Indennizzo⁵.

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 contratto⁶.

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

Se l'assicurazione è prestata in forma nominativa per l'attivazione delle garanzie 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 espressamente indicati in Polizza.

Art. 7 Obblighi del Contraente

Se l'assicurazione è prestata 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. Per l'identificazione delle persone assicurate e dei parametri comunicati ai fini della determinazione del premio si fa riferimento a quanto risulta dai libri di amministrazione del Contraente;
- dalla preventiva denuncia delle infermità da cui i singoli Assicurati sono affetti al momento della stipula della polizza o che insorgono successivamente.

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, le Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurato ha la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte e di compiere gli atti dispositivi consentiti.

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

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.**

L'Assicurato deve comunque comunicare l'esistenza di altre assicurazioni al momento della denuncia dell'infortunio.

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 esclusivamente 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, od 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 in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare il Sinistro o fornire la prestazione espone Generali Italia a sanzioni, anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.



Quando e come devo pagare?

Art. 13 Pagamento del 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, l'ammontare delle retribuzioni effettivamente erogate o il numero di unità effettivamente impiegate nel periodo di riferimento.

Sulla base di questa comunicazione Generali Italia determina il premio di regolazione come differenza (attiva o passiva) 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.

In nessun caso, la somma dovuta a titolo di premio minimo annuo può essere inferiore al 75% del premio di ciascuna annualità salvo diversi accordi.

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 individualmente per ciascun assicurato.

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 PremioAssicurazione 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

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 nominativamente 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 espressamente 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 attivazione 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 dedicato⁷. 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 scaduti⁸.

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

**Come posso disdire la Polizza?****Art. 19 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.

Se la polizza è annuale senza tacito rinnovo o poliennale, alla scadenza prevista può essere prorogata per la durata di un anno e così successivamente.

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 esclusivamente 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. 20 Modifica delle condizioni dell'Assicurazione o delle Garanzie nel periodo di validità dell'Assicurazione

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, 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 (incluse quelle derivanti da maggiori costi o oneri gestionali) determinate da modifiche oggettive alle condizioni praticate sui mercati, compresi quelli di riassicurazione, e che hanno un'incidenza sull'Assicurazione o sulle Garanzie;
- Evoluzioni inerenti le 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.

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.

Solo se la modifica consiste nell'aumento del prezzo delle coperture o dei servizi oggetto del contratto, 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. 21 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 generalitalia@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. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile

⁵ Art. 1898 del Codice civile

⁶ Art. 1897 del Codice civile

⁷ 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

⁸ 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 e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data del Ricovero.

Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia del Ricovero con richiesta di Indennizzo allegando la 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 seguente documentazione:

- 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 immediatamente avvisata.

Se non si rispettano gli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro si può perdere il totale o parziale diritto all'Indennizzo⁹.

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 diversamente disciplinato 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

La denuncia del Ricovero, **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 diversamente disciplinato per le singole Garanzie.

La denuncia deve essere presentata insieme alla relativa certificazione medica all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia.

In caso di Ricovero **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 Accesso alle tariffe convenzionate

L'Assicurato ha diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione se si rivolge a una Struttura medica Convenzionata, con pagamento a proprio carico.

Le agevolazioni sono disponibili **con identificazione in fase di prenotazione come Assicurato Generali e presentando il voucher** alla struttura selezionata corredato da un documento di identità in corso di validità. Il voucher è disponibile nell'area personale del sito web Generali.it o dall' App MyGenerali L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito web Generali.it

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

Art.9 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.

Art. 10 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. 11 Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato

Generali Italia rinuncia al proprio diritto di surroga¹⁰ 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 posso disdire la Polizza?

Art. 12 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 esclusivamente per i sinistri relativi alle garanzie infortuni.

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.

⁹ Art. 1915 del Codice civile.

¹⁰ Art. 19165 del Codice civile..



generali.it