

GENERASALUTE RSM

OPZIONI STARBENE

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.OpzioniStarbene-ed. 07/2022)

CONTRAENTE: _____

NUMERO POLIZZA: _____

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- DIP DOCUMENTO INFORMATIVO RELATIVO AL PRODOTTO ASSICURATIVO;
- DIP AGGIUNTIVO DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI ASSICURATIVI DANNI
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DELLE DEFINIZIONI.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set Informativo.

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: 12.09.2022



Art. 1 Definizioni

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione
Assicurazione	Il contratto Generali Salute RSM (Mod. M85/856)
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Le prestazioni chirurgiche, senza degenza, effettuate in ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 30 anni di età.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione

Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dallo stato italiano

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente (-> definizioni) a favore dei propri dipendenti appartenenti alla categoria indicata in polizza le cui generalità risultano dagli elenchi forniti a Generali Italia dal Contraente.

La sede operativa del Contraente, intesa quale luogo di abituale prestazione di lavoro, è situata in Italia e per i dipendenti inviati all'estero l'assicurazione opera, nell'ambito dell'annualità assicurativa di polizza, per un periodo di permanenza continuativa non superiore a 6 mesi.

L'assicurazione prestata per l'intero Nucleo familiare (-> definizioni) in caso di sinistro richiede la presentazione del certificato di stato famiglia oltre alla documentazione prevista dal successivo art. 29.

L'assicurazione è prestata nella forma: PERSONA o NUCLEO in base all'opzione indicata nell'allegato 4.



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

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

Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi e/o nell'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

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

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

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

Art. 4.1 Interventi chirurgici ad alta specializzazione come indicati nell' Allegato 1 "Interventi chirurgici ad alta specializzazione" del contratto:

- onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; **le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate;**
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico** o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento** o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di 30 giorni per annualità assicurativa**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento o ricovero**;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), **col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero**;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600**.

Art. 4.2 Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; **le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate**;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico** o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento** o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di 30 giorni per annualità assicurativa**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento o ricovero**;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), **col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero**;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600**.

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

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 250** (se strutture non convenzionate);
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento**.

Ci sono limiti di copertura

Le spese mediche sostenute per gli interventi chirurgici indicati nella tabella seguente vengono rimborsate entro il limite di indennizzo indicato. A questi interventi chirurgici verrà sempre applicato lo scoperto e franchigia previsti per gli interventi chirurgici in rete (v. art. 15).

Descrizione pacchetto	Limite di indennizzo fuori rete
Facoemulsificazione ed Asportazione di cataratta ed impianto di cristallino artificiale (IOL- neutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio).	2.000,00
Riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica).	2.700,00
Sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale , S.di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc.).	1.540,00
Trattamento chirurgico dito a martello Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	1.300,00
Trattamento chirurgico dito a scatto Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	1.200,00
Legatura emorroidi Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	300,00
Biopsia della prostata Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura (escluso esame istologico)	415,00
Agobiopsia mammella Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura (escluso esame istologico)	250,00
Lesioni cutanee , trattamento e /o asportazione (Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento)	350,00

Art. 4.3 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura**, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- le rette di degenza;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero** purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo Generali Italia rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 2.600 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- le rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 150**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

Art. 4.4 Interventi per la correzione del vizio di rifrazione, fino a concorrenza del limite di € 2.400 per annualità assicurativa con sottolimito di 1.200 per occhio, per:

Generali Italia rimborsa, fino a concorrenza della somma di euro 1.200 per occhio e per anno assicurativo, le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.

Art. 4.5 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sanitarie di cui ai precedenti artt. 4.1 e 4.2 e 4.3 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Le spese relative a vitto, pernottamento e trasporto sono riconosciute entro i limiti previsti nei precedenti artt. 4.1 e 4.2 e 4.3 senza applicazione di scoperti o franchigie.

Art. 4.6 Spese pre/post ricovero

Ci sono limiti di copertura

Le eventuali spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nei precedenti artt. 4.1, 4.2 e 4.3, sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.

 **Come si calcola l'indennizzo?**

Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni, speso € 2.000, applicazione di scoperto del 10% col minimo di € 500. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. **Totale speso dall'Assicurato € 2.500.**

Totale riconosciuto all'Assicurato € 1.850: ricovero € 1.500 (il 10% di 2.000= 200 e quindi verrà applicata il minimo previsto di 500); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.7 Indennità sostitutiva

Che cosa è assicurato

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del S.S.N. - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate agli artt. 4.1, 4.2 e 4.3 sono comunque oggetto di rimborso da parte di Generali Italia in base a quanto indicato agli artt. 4.5 e 4.6.

Ci sono limiti di copertura

Nell'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo sono indicati l'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta.

 **Come si calcola l'indennizzo?**

Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni in struttura del S.S.N, diaria sostitutiva € 100 al dì. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. **Totale speso dall'Assicurato € 500.**

Totale riconosciuto all'Assicurato € 650: ricovero €300 (100x3gg di ricovero); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.8 Anticipo

Che cosa è assicurato

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

L'anticipo avverrà a condizione che:

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

Art. 5 Cure oncologiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica ed eseguite esclusivamente in regime ambulatoriale o day hospital.

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

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato nell'art. 15 senza applicazione di franchigie e/o scoperti.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico. Esaurito il massimale le prestazioni indicate non potranno essere rimborsate in base ad altre garanzie eventualmente presenti nel contratto.



ATTENZIONE: esaurito il massimale di questa garanzia il contratto non è più operante per le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici, la chemioterapia, radioterapia, immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica.

Art. 6 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero: Amniocentesi (nei seguenti casi: *età dell'assicurata oltre i 35 anni, familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening ecografici, biochimici ed ultrascreen*), Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia.

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

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

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

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

Art. 7 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

Che cosa è assicurato

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

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

- i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia e l'ortottica). Rientrano in questa garanzia le infiltrazioni a fini fisioterapici. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie. In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso. Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'evento, purché in vigenza di polizza;
- medicinali prescritti da medico curante, fino a concorrenza della somma prevista per annualità assicurativa e per nucleo familiare;
- a parziale deroga dell'art. 18 Esclusioni - lett. G), vengono rimborsate le spese sostenute per trattamenti psicoterapici relativi a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici fino a concorrenza del sottolimito indicato nello schema sinottico da intendersi come massimale annuo.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo

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

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione o ciclo di terapia nel caso di trattamenti fisioterapici e riabilitativi.



ATTENZIONE: si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico (anche se rientrante nella garanzia di cui all'art. 6) connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati a Generali Italia in un'unica richiesta di rimborso. In presenza di ciclo di cura la richiesta di rimborso deve essere fatta a conclusione del ciclo con la prescrizione del medico specialista nella patologia.

Art. 8 Cure dentarie

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, a deroga dell'art. 18 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per le prestazioni dentarie indicate nella tabella dell'art. 15.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

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

Art. 9 Lenti correttive

Che cosa è assicurato

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

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

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

Art. 10 Check-up

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce, se previsto nell'opzione scelta all'art. 15, una volta all'anno un pacchetto prevenzione a scelta tra quelli riportati nell'Allegato 3 "Opzioni Check-up".

Art. 11 Maternità

Che cosa è assicurato

Generali Italia provvede al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato:

- 3 ecografie (compresa la morfologica)
- Analisi clinico chimiche da protocollo
- Alternativamente: amniocentesi, villocentesi o test equivalente (Harmony test)
- 3 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- 1 ecocardiografia fetale
- 2 visite urologiche
- Un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è prestata fino ad un massimo previsto dall'opzione scelta (vedi art. 15) da considerarsi quali disponibilità unica per evento.

Art. 12 Teleconsulto

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può ricorrere al servizio di consulenza medica telefonica:

- Per una consulenza medica di medicina generale e pediatria
- Se il medico, secondo la sua valutazione professionale, lo ritiene necessario, al termine del consulto può anche prescrivere approfondimenti specialistici e/o diagnostici (ad esempio: viste, esami, accertamenti)
- Per ricevere informazioni su farmaci (composizione, controindicazioni) e tele-prescrizione di farmaci
- Per ricevere informazioni su vaccinazioni obbligatorie per la legge italiana e vaccinazioni consigliate in caso di viaggi o trasferte all'estero
- Per avere indicazioni sul presidio ospedaliero più vicino

Il teleconsulto è attivo 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, senza limiti di utilizzo, chiamando il numero 800.237.966.

Art. 13 Advisory

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può ricorrere al servizio di consulenza medica telefonica (Advisory) per ricevere, a seguito di assessment medico, un consiglio sul checkup più adeguato alle sue esigenze tra quelli disponibili all'interno dell'opzione scelta. A seguito del checkup effettuato l'Assicurato può chiedere un approfondimento sull'esito dello stesso.

Il servizio di Advisory è attivo 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, senza limiti di utilizzo, chiamando il numero 800.237.966.

Art. 14 Condizioni integrative ai fondi sanitari

Qualora la polizza preveda nell'allegato 4 una delle forme assicurative di seguito riportate, si intende abrogato l'art. 32 "Rimborso da Enti":

14.1) Integrazione FASI / FASDAC

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

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

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

Nel caso in cui le spese sostenute non rientrino fra quelle previste dal regolamento del suddetto Ente e risultino invece indennizzabili a termini di contratto, Generali Italia darà corso al rimborso con applicazione di uno scoperto del **25%** ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti in polizza e senza applicazione di scoperti o franchigie.

Se l'assicurazione è prestata per nucleo familiare, i membri del nucleo sono coperti dalla presente polizza integrativa solo se risultano assistiti dal fondo stesso.

Il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 28 'Reti convenzionate' non è operante in quanto le garanzie di cui alla presente assicurazione sono prestate ad integrazione del FASI / FASDAC.

L'Assicurato ha comunque la facoltà di utilizzare la rete convenzionata per usufruire delle tariffe convenzionate.

14.2) Integrazione QUAS

Per il solo Quadro le garanzie di cui alla presente assicurazione sono prestate ad integrazione del QUAS.

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

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

Nel caso in cui le spese sostenute non rientrino fra quelle previste dal regolamento del suddetto Ente e risultino invece indennizzabili a termini di contratto, Generali Italia darà corso al rimborso con applicazione di uno scoperto del **25%** ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti in polizza e senza applicazione di scoperti o franchigie

Il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 28 'Reti convenzionate' non è operante per il quadro in quanto le garanzie di cui alla presente assicurazione sono prestate ad integrazione del QUAS.

L'Assicurato ha comunque la facoltà di utilizzare la rete convenzionata per usufruire delle tariffe convenzionate. La rete è operante solo per i famigliari nel caso facciano parte del nucleo assicurato.

Art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo

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

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

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

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

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

L'opzione scelta deve valere per la totalità degli Assicurati in polizza; l'opzione scelta è precisata nell'allegato 4.

✓ **Come si calcola l'indennizzo?**
Garanzia Fisioterapia: Massimale € 1.000, a carico dell'Assicurato scoperto del 10% con minimo € 100
Esempio 1: speso € 1.500, rimborso € 1.000 il massimale
Esempio 2: speso € 1.100, rimborso € 990. Lo scoperto del 10% applicato alla spesa è pari a € 110. Massimale residuo € 10.
Esempio 3: speso € 800, rimborso € 700. Lo scoperto del 10% della spesa (€ 80) è minore del minimo e quindi resta a carico dell'Assicurato € 100. Massimale residuo € 800.

1) Opzione Starbene Silver			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	€ 50.000	Scoperto: <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 30% con franchigia min € 3.500 Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 250 (se strutture non convenzionate)	

1) Opzione Starbene Silver			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	GARANZIA NON OPERANTE	
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.3	GARANZIA NON OPERANTE	
Indennità sostitutiva	art. 4.7	GARANZIA NON OPERANTE	
Cure oncologiche	art. 5	€ 6.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 2.000	<u>Scoperto e franchigie:</u> <i>in rete:</i> € 40 <i>fuori rete:</i> 50% <u>Ticket</u> rimborso 100%
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 500	<u>Scoperto:</u> 40% minimo € 70
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 7	€ 500	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> € 40 <i>fuori rete:</i> garanzia non prevista <u>Ticket</u> rimborso 100%
<i>di cui</i> Cure psicoterapiche		GARANZIA NON OPERANTE	
Trattamenti fisioterapici		Sottolimito € 300	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> garanzia non prevista <u>Ticket</u> rimborso 100%
Medicinali		GARANZIA NON OPERANTE	
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	GARANZIA NON OPERANTE	
Check-up	art. 10	GARANZIA NON OPERANTE	
Maternità	art. 11	GARANZIA NON OPERANTE	
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA NON OPERANTE	
Advisory	art. 13	GARANZIA NON OPERANTE	
Cure dentarie	art. 8	€ 500	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> <i>fuori rete</i>
Visite			nessuno Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno 20%
Conservativa			50% 70%
Radiologia odontoiatrica			10% 50%
Chirurgia			10% 50%
Endodonzia			50% 70%

1) Opzione Starbene Silver				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Paradontologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto

2) Opzione Starbene Gold				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	€ 100.000	Scoperto: <i>in rete</i> : nessuno <i>fuori rete</i> : 30% con franchigia min € 2.500 Ticket: rimborso al 100%	
Retta di degenza		Limite giornaliero € 250 (se strutture non convenzionate)		
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	GARANZIA NON OPERANTE		
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.3	GARANZIA NON OPERANTE		
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 50 fino al massimo di 100 giorni per annualità sostitutiva		
Cure oncologiche	art. 5	€ 7.000	Riconoscimento al 100% della spesa	
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 3.000	Scoperto e franchigie: <i>in rete</i> : € 35 <i>fuori rete</i> : 40% Ticket rimborso 100%	
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 500	Scoperto: 40% minimo €. 70	
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 7	€ 1.000	Scoperto: <i>in rete</i> : € 30 <i>fuori rete</i> : 50% Ticket rimborso 100%	
<i>di cui</i> Cure psicoterapiche		GARANZIA NON OPERANTE		
Trattamenti fisioterapici		Sottolimito € 400	Scoperto: <i>in rete</i> : nessuno <i>fuori rete</i> : 50% Ticket rimborso 100%	
Medicinali		GARANZIA NON OPERANTE		
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	GARANZIA NON OPERANTE		
Check-up	art. 10	GARANZIA NON OPERANTE		

2) Opzione Starbene Gold				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Maternità	art. 11	GARANZIA NON OPERANTE		
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA NON OPERANTE		
Advisory	art. 13	GARANZIA NON OPERANTE		
Cure dentarie	art. 8	€ 1.000	<u>Scoperto:</u>	
			<i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			50%	70%
Radiologia odontoiatrica			10%	50%
Chirurgia			10%	50%
Endodonzia			50%	70%
Parodontologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto

3) Opzione Starbene Platinum Smart			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	Compreso nell'art. 4.2	Disciplinato nell'art. 4.2
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	€ 200.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno (prestazione ambulatoriale € 500) <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia minimo € 2.500 (prestazione ambulatoriale 20%) <u>Ticket</u> rimborso 100%
Retta di degenza	art. 4.3	Limite giornaliero € 250 (se strutture non convenzionate)	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno (prestazione ambulatoriale € 500) <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia minimo € 2.500 (prestazione ambulatoriale 20%) <u>Ticket</u> rimborso 100%
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico		Limite giornaliero € 250 (se strutture non convenzionate)	
Retta di degenza			
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 50 fino al massimo di 100 giorni per annualità sostitutiva	
Cure oncologiche	art. 5	€ 8.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 4.000	<u>Scoperto e franchigie:</u> <i>in rete:</i> € 30 <i>fuori rete:</i> 30% <u>Ticket</u> rimborso 100%
<i>di cui</i>		sottolimito € 500	<u>Scoperto:</u> 40% minimo €. 70

3) Opzione Starbene Platinum Smart				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Protesi ortopediche e apparecchi acustici				
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio <i>di cui</i> Cure psicoterapiche Trattamenti fisioterapici Medicinali	art. 7	€ 1.500 GARANZIA NON OPERANTE Sottolimito € 600 GARANZIA NON OPERANTE	Scoperto: <i>in rete</i> : € 20 <i>fuori rete</i> : 40% <u>Ticket</u> rimborso 100% Scoperto: <i>in rete</i> : nessuno <i>fuori rete</i> : 40% <u>Ticket</u> rimborso 100%	
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	GARANZIA NON OPERANTE		
Check-up	art. 10	GARANZIA NON OPERANTE		
Maternità	art. 11	GARANZIA NON OPERANTE		
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA NON OPERANTE		
Advisory	art. 13	GARANZIA NON OPERANTE		
Cure dentarie	art. 8	€ 1.500	Scoperto:	
			<i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			50%	70%
Radiologia odontoiatrica			10%	50%
Chirurgia			10%	50%
Endodonzia			50%	70%
Parodontologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia	Accesso al tariffario	Rimborso non previsto		

4) Opzione Starbene In Salute			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	Compreso nell'art. 4.2	Disciplinato nell'art. 4.2
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	€ 400.000	Scoperto: <i>in rete</i> : 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete</i> : 15% con franchigia min € 500 intervento ambulatoriale 15% min €100 - Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero	

4) Opzione Starbene In Salute			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico Retta di degenza	art. 4.3	€ 250 (se strutture non convenzionate) Limite giornaliero € 250 (se strutture non convenzionate)	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 15% con franchigia min € 500 intervento ambulatoriale 15% min €100 - Ticket: rimborso al 100%
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 100 fino al massimo di 100 giorni per annualità sostitutiva	
Cure oncologiche	art. 5	€ 10.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione <i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici	art. 6	€ 5.000 sottolimito € 1.200	<u>Scoperto e franchigie:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% Ticket rimborso 100%
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio <i>di cui</i> Cure psicoterapiche Trattamenti fisioterapici Medicinali	art. 7	€ 1.500 GARANZIA NON OPERANTE Sottolimito € 100	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% Ticket rimborso 100% <u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 15% Ticket rimborso 100%
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	€ 200	
Check-up	art. 10	GARANZIA NON OPERANTE	
Maternità	art. 11	€ 1.000	
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA OPERANTE	
Advisory	art. 13	GARANZIA OPERANTE	
Cure dentarie	art. 8	€ 1.500	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> <i>fuori rete</i>
Visite			nessuno Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno 20%
Conservativa			nessuno 20%
Radiologia odontoiatrica			nessuno 20%
Chirurgia			nessuno 20%
Endodonzia			nessuno 20%
Parodontologia			nessuno 20%

4) Opzione Starbene In Salute				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto

5) Opzione Starbene In Salute Plus				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	Compreso nell'art. 4.2	Disciplinato nell'art. 4.2	
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	€ 400.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 15% con franchigia min € 500 intervento ambulatoriale 15% min € 100 - Ticket: rimborso al 100%	
Retta di degenza		Limite giornaliero € 400 (se strutture non convenzionate)		
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.3		<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 15% con franchigia min € 500 intervento ambulatoriale 15% min € 100 - Ticket: rimborso al 100%	
Retta di degenza		Limite giornaliero € 400 (se strutture non convenzionate)		
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 100 fino al massimo di 100 giorni per annualità sostitutiva		
Cure oncologiche	art. 5	€ 10.000	Riconoscimento al 100% della spesa	
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 5.000	<u>Scoperto e franchigie:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% Ticket rimborso 100%	
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 1.200		
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 7	€ 1.500	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% Ticket rimborso 100%	
<i>di cui</i> Cure psicoterapiche		GARANZIA NON OPERANTE		
Trattamenti fisioterapici			<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 15% Ticket rimborso 100%	
Medicinali		Sottolimito € 100		
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	€ 200		
Check-up BASE	art. 10		1 volta all'anno pacchetto a scelta	
Maternità	art. 11	€ 1.000		

5) Opzione Starbene In Salute Plus				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA OPERANTE		
Advisory	art. 13	GARANZIA OPERANTE		
Cure dentarie	art. 8	€ 1.500	Scoperto:	
			<i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			nessuno	20%
Radiologia odontoiatrica			nessuno	20%
Chirurgia			nessuno	20%
Endodonzia			nessuno	20%
Paradontologia			nessuno	20%
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto

6) Opzione Starbene In Salute Comfort			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	Compreso nell'art. 4.2	Disciplinato nell'art. 4.2
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	€ 500.000	Scoperto: <i>in rete</i> : 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete</i> : 10% con franchigia min € 250 intervento ambulatoriale 10% min € 100 - Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza	art. 4.3	Limite giornaliero € 400 (se strutture non convenzionate)	Scoperto: <i>in rete</i> : 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete</i> : 10% con franchigia min € 250 intervento ambulatoriale 10% min € 100 - Ticket: rimborso al 100%
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico			
Retta di degenza		Limite giornaliero € 400 (se strutture non convenzionate)	
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 100 fino al massimo di 100 giorni per annualità sostitutiva	
Cure oncologiche	art. 5	€ 10.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 7.000	Scoperto e franchigie: <i>in rete</i> : 10% <i>fuori rete</i> : 25% Ticket rimborso 100%
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 1.500	
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 7	€ 2.000	Scoperto: <i>in rete</i> : 10% <i>fuori rete</i> : 25%

6) Opzione Starbene In Salute Comfort				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
<i>di cui</i> Cure psicoterapiche		Sottolimito € 200	<u>Ticket</u> rimborso 100% <u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 15% <u>Ticket</u> rimborso 100%	
Trattamenti fisioterapici				
Medicinali		Sottolimito € 100		
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	€ 300		
Check-up TOP	art. 10		<u>1 volta all'anno pacchetto a scelta</u>	
Maternità	art. 11	€ 1.000		
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA OPERANTE		
Advisory	art. 13	GARANZIA OPERANTE		
Cure dentarie	art. 8	€ 1.500	<u>Scoperto:</u>	
			<i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			nessuno	20%
Radiologia odontoiatrica			nessuno	20%
Chirurgia			nessuno	20%
Endodonzia			nessuno	20%
Parodontologia			nessuno	20%
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto

7) Opzione Starbene In Salute Best			
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	Compreso nell'art. 4.2	Disciplinato nell'art. 4.2
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	€ 600.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 10% con franchigia min € 250 intervento ambulatoriale 10% min € 100 - <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 600 (se strutture non convenzionate)	
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.3		<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 10% con franchigia min € 250 intervento ambulatoriale 10% min € 100 - <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 600	

8) Opzione Starbene In Salute Top				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			nessuno	20%
Radiologia odontoiatrica			nessuno	20%
Chirurgia			nessuno	20%
Endodonzia			nessuno	20%
Paradontologia			nessuno	20%
Protesi			20%	40%
Ortognatodonzia			20%	40%
Implantologia			20%	40%

9) Opzione Starbene In Salute Diamond				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione	art. 4.1	Compreso nell'art. 4.2	Disciplinato nell'art. 4.2	
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.2	€ 1.000.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 10% con franchigia min € 250 intervento ambulatoriale 10% min € 100 - Ticket: rimborso al 100%	
Retta di degenza		Limite giornaliero € 1.000 (se strutture non convenzionate)		
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.3		<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 0, intervento ambulatoriale € 0 <i>fuori rete:</i> 10% con franchigia min € 250 intervento ambulatoriale 10% min €100 - Ticket: rimborso al 100%	
Retta di degenza		Limite giornaliero € 1.000 (se strutture non convenzionate)		
Indennità sostitutiva	art. 4.7	€ 100 fino al massimo di 100 giorni per annualità sostitutiva		
Cure oncologiche	art. 5	€ 10.000	Riconoscimento al 100% della spesa	
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 15.000	<u>Scoperto e franchigie:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% Ticket rimborso 100%	
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 1.500		
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 7	€ 5.500	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 10% <i>fuori rete:</i> 25% Ticket rimborso 100%	
<i>di cui</i> Cure psicoterapiche		Sottolimito € 500		
Trattamenti fisioterapici			<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 15% Ticket rimborso 100%	

9) Opzione Starbene In Salute Diamond				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Medicinali		Sottolimito € 500		
Lenti correttive solo a seguito di modifica visus	art. 9	€ 400		
Check-up TOP	art. 10		1 volta all'anno pacchetto a scelta	
Maternità	art. 11	€ 1.000		
Teleconsulto	art. 12	GARANZIA OPERANTE		
Advisory	art. 13	GARANZIA OPERANTE		
Cure dentarie	art. 8	€ 4.000	<u>Scoperto:</u>	
			<i>in rete</i>	<i>fuori rete</i>
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			nessuno	20%
Radiologia odontoiatrica			nessuno	20%
Chirurgia			nessuno	20%
Endodonzia			nessuno	20%
Paradontologia			nessuno	20%
Protesi			20%	40%
Ortognatodonzia			20%	40%
Implantologia			20%	40%



Che cosa NON è assicurato?

Art. 16 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 17 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni.

Per coloro che compiono 80 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito a rimborso del Premio che si considera acquisito; l'eventuale Premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del Premio che si considera acquisito.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 18 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;

- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;



ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici: **piattismo bilaterale, scoliosi, alluce valgo, varismo delle ginocchia, anca valga, piede torto**

- f) l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- g) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;
- j) prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche nonché tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Fanno eccezione alla presente esclusione le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;



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

- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia;
- l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- n) 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;
- o) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- q) i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.



Dove vale la copertura?

Art. 19 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 20 Oneri

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

Art. 21 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

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

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

Art. 22 Obblighi del Contraente

Se gli Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;
- gli Assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet di Generali Italia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

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

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

Art. 23 Comunicazione tra le parti

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto e trasmesse esclusivamente in formato elettronico tramite posta elettronica certificata (PEC) o e-mail all'indirizzo dell'agenzia alla quale è assegnata la Polizza o all'indirizzo di Generali Italia, presso la propria sede legale.

Le comunicazioni alle quali è tenuta Generali Italia in esecuzione del contratto devono essere fatte per iscritto e trasmesse esclusivamente in formato elettronico tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) o e-mail presso gli indirizzi concordati con il Contraente nell'ambito dell'Accordo quadro in materia di distribuzione assicurativa.

Resta ferma la facoltà del Contraente di richiedere in alternativa la trasmissione di tutte le comunicazioni in formato cartaceo.

Art. 24 Riservatezza dei dati personali

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



Quando e come devo pagare?

Art. 25 Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un Premio. Entro il 30° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

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

Per la regolazione del Premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero Premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del **70%** del Premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni Generali Italia notifica al Contraente gli importi dovuti che devono essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa **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 anzidetti, Generali Italia provvederà a comunicargli un **ulteriore termine non inferiore a 45 giorni**, trascorso il quale, se il Contraente non avrà inviato i dati previsti dalla polizza, **la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del predetto ulteriore termine, fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente avrà adempiuto ai suoi obblighi**, o comunque fino al pagamento della successiva rata anticipata provvisoria, salvo il diritto per Generali Italia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio Generali Italia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto, ai sensi del presente articolo, devono essere fatte ai sensi dell'articolo 23.

Art. 26 Pagamento del Premio

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

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

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

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

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a 750,00 euro;
- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario. Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito del conto se successivo salvo il buon fine del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o all'intermediario;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD) 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;
- con assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo, salvo il buon fine dell'assegno con l'effettivo pagamento dello stesso e salva la facoltà dell'intermediario di richiedere il pagamento del premio anche tramite altre modalità tra quelle previste in questo articolo, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.



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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 27 Entrata in vigore dell'assicurazione

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



Come posso disdire la polizza?

Art. 28 Proroga dell'assicurazione

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

L'eventuale disdetta va esercitata dal Contraente o da Generali Italia almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 29 Reti convenzionate

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

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 2).

 **ATTENZIONE:** gli Assicurati devono attivare la Centrale Operativa in caso di intervento chirurgico da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia.

Art. 30 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

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

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

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

Art. 31 Criteri di liquidazione

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

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, Generali Italia effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto in cui è indicato l'indirizzo e la documentazione inerente il sinistro, **oppure tramite internet.** Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

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

Art. 32 Controversie

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

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

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

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

Art. 33 Rimborso da Enti

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale (senza quindi applicazione dell'art. 14 "Condizioni integrative ai fondi sanitari") o da altra assicurazione per una medesima prestazione presente in questo contratto, deve fornire a Generali Italia evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. Generali Italia effettua il pagamento della prestazione richiesta in base a quanto previsto dal contratto sulle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e comunque fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore non ecceda il costo sostenuto per quella prestazione.



Come si calcola l'indennizzo?

Garanzia: Intervento chirurgico in regime di ricovero

Massimale € 400.000

Fuori rete: a carico dell'Assicurato scoperto del 15% con minimo € 500

Esempio 1: Speso € 3.000 fuori rete

Rimborso ricevuto da altro ente: € 2.100

Rimborso da parte di Generali Italia: € 900

Lo scoperto del 15% della spesa è pari a € 450 (15% di 3.000 = 450) pertanto si applica il minimo scoperto di € 500.

Il rimborso dovuto sarebbe pertanto pari ad € 2.500 (3.000-500), ma viene ridotto ad € 900 in quanto l'importo del rimborso, sommato a € 2.100 già indennizzati da altro ente, non può eccedere la spesa di € 3.000.

Massimale residuo € 399.100.

Esempio 2: Speso € 15.000 fuori rete

Rimborso ricevuto da altro ente: € 12.000

Rimborso da parte di Generali Italia: € 3.000

Lo scoperto del 15% della spesa è pari a € 2.250 (15% di 15.000 = 2.250).

Il rimborso dovuto sarebbe pertanto pari ad € 12.750 (15.000-2.250), ma viene ridotto ad € 3.000 in quanto l'importo del rimborso, sommato a € 12.000 già indennizzati da altro ente, non può eccedere la spesa di € 15.000.

Massimale residuo € 397.000.

Esempio 3: Speso € 5.000 fuori rete

Rimborso ricevuto da altro ente: € 500

Rimborso da parte di Generali Italia: € 4.250

Lo scoperto del 15% della spesa è pari a € 750 (15% di 5.000 = 750).

Il rimborso dovuto è pertanto pari ad € 4.250 (5.000-750), importo che sommato a € 500 già indennizzati da altro ente non eccede la spesa di € 5.000.

Massimale residuo € 395.750.

Art. 34 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

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

- a) In caso di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 e 4.7 delle condizioni di assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui agli articoli dal 5 al 11 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 35 Lingua in cui è redatto il contratto

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

Sommario

Art. 1 Definizioni	3
Art. 2 Assicurati	4
Art. 3 Rischi assicurati	4
Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche	4
Art. 4.1 Interventi chirurgici ad alta specializzazione come indicati nell' Allegato 1 "Interventi chirurgici ad alta specializzazione" del contratto:	4
Art. 4.2 Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio:	5
Art. 4.3 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:	6
Art. 4.4 Interventi per la correzione del vizio di rifrazione, fino a concorrenza del limite di € 2.400 per annualità assicurativa con sottolimito di 1.200 per occhio, per:	7
Art. 4.5 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero	7
Art. 4.6 Spese pre/post ricovero	7
Art. 4.7 Indennità sostitutiva	7
Art. 4.8 Anticipo	8
Art. 5 Cure oncologiche	8
Art. 6 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	8
Art. 7 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	8
Art. 8 Cure dentarie	9
Art. 9 Lenti correttive	9
Art. 10 Check-up	9
Art. 11 Maternità	9
Art. 12 Teleconsulto	10
Art. 13 Advisory	10
Art. 14 Condizioni integrative ai fondi sanitari	10
14.1) Integrazione FASI / FASDAC	10
14.2) Integrazione QUAS	11
Art. 15 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo	11
Art. 16 Persone non assicurabili	23
Art. 17 Permanenza in assicurazione – Limiti di età	23
Art. 18 Esclusioni	23
Art. 19 Validità territoriale	25
Art. 20 Oneri	25
Art. 21 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	25
Art. 22 Obblighi del Contraente	25
Art. 23 Comunicazione tra le parti	25
Art. 24 Riservatezza dei dati personali	26
Art. 25 Regolazione del Premio	26
Art. 26 Pagamento del Premio	26
Art. 27 Entrata in vigore dell'assicurazione	27

Art. 28 Proroga dell'assicurazione	27
Art. 29 Reti convenzionate	27
Art. 30 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)	28
Art. 31 Criteri di liquidazione	28
Art. 32 Controversie	28
Art. 33 Rimborso da Enti	28
Art. 34 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza	29
Art. 35 Lingua in cui è redatto il contratto	29

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Per facilitare la consultazione dell'elenco sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo od apparato, ed all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione ICD9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, con i primi due che identificano generalmente un organo/apparato/sistema, mentre il terzo ed il quarto specificano sede e tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono limitati al terzo carattere per identificare interventi che non richiedono ulteriori specificazioni ovvero che raggruppano per analogia quelli che differiscono esclusivamente per il quarto carattere.

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)
2. Interventi sul sistema endocrino (06-07)
3. Interventi sull'occhio (08-16)
4. Interventi sull'orecchio (18-20) associati a Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)
5. Interventi sul sistema respiratorio (30-34)
6. Interventi sul sistema cardio vascolare (35-39)
7. Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)
8. Interventi sull'apparato digerente (42-54)
9. Interventi sull'apparato urinario (55-59) e Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)
10. Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)
11. Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)
12. Interventi sui tegumenti (85-86)

1. Interventi sul sistema Nervoso (01–05)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia e craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.25	Altra craniectomia
	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	01.32	Lobotomia e trattotomia
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali
	03.59	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

2. Interventi sul sistema Endocrino (06–07)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.52	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

3. Interventi sull'Occhio (08–16)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare

4. Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronariche	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi

Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
Bypass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAS
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 - 54)

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloro plastica e/o dilatazione del piloro	44.2	Piloro plastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistotomia e colicistostomia	51.01	Aspirazione percutanea della colecisti
Colecistotomia e colicistostomia	51.02	Colecistostomia con tre quarti
Colecistectomia	51.23	Colecistectomia laparoscopica
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatiche	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatiche
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario 55 - 59 e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale

Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colpo-sospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Riduzione cruenta di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e decompressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
Artrodesi vertebrale (qualsiasi sede e metodica) eccetto cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
Artrodesi delle vertebre lombari e lumbosacrali, approccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lumbosacrali, approccio anteriore
Artrodesi lombare e lumbosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lumbosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
Artrodesi lombare e lumbosacrale, con approccio posteriore	81.08	Artrodesi lombare e lumbosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

12. Interventi sui tegumenti (85 - 86)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Mastectomia radicale monolaterale	85.45	Mastectomia radicale monolaterale

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

Attivazione della Centrale Operativa

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

- Telefonico: chiamate dall'Italia o dall'estero al **+39.02.82951133, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00**
- Tramite portale Web raggiungibile all'indirizzo <https://areaclienti.generalitalia.it>
- Tramite l'App My Generali

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

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

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

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

ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

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

La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, al numero sopra indicato.

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

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

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

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

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

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

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 72 ore successive** autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente sulla tutela dei dati personali.

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

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

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente a quanto autorizzato dalla Centrale Operativa.

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

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

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

ACCESSO AI SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI (accertamenti diagnostici / visite specialistiche / prestazioni odontoiatriche / trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 3 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

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

- nome e cognome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**. Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 72 ore successive** la struttura convenzionata (ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia l'Assicurato.

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

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

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni effettuate.

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

Prestazioni pre e post ricovero

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

NOTA

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

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**Opzioni Check-up**

L'opzione di check-up operante (**BASE o TOP**) è quella prevista nell'opzione scelta all'art. 15.

La forma operante ("**solo persona**" o "**nucleo**") corrisponde a quella indicata nell'allegato 4, in base a quanto previsto nell'art. 2 Assicurati.

"Opzione Check-up BASE" – solo persona

Generali Italia riconosce (se previsto nell'opzione scelta all'art. 15) una volta all'anno un pacchetto prevenzione a scelta tra quelli sotto riportati.

La garanzia è operante solo in centri convenzionati previa attivazione tramite la Centrale Operativa.

PREVENZIONE OSTEOPOROSI (over 45) - C3350	
Prestazioni	Moc (1 segmento)
	Visita fisiatrica

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

PREVENZIONE PATOLOGIE VIE RESPIRATORIE - C3352	
Prestazioni	Visita pneumologica
	Saturimetria

PREVENZIONE UROLOGICA - YOUNG MAN (under 30) - C3353	
Prestazioni	Visita specialistica urologica o andrologica
	Ecografia scrotale

PREVENZIONE UROLOGICA (over 40) - C3354	
Prestazioni	Visita specialistica urologica o andrologica
	Ecografia prostatica

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3355	
Prestazioni	Visita cardiologica
	Elettrocardiogramma

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA - C3356	
Prestazioni	Esame audiometrico
	Visita otorinolaringoiatrica

PREVENZIONE SENOLOGICA (under 40) - YOUNG WOMAN - C3357	
Prestazioni	Ecografia mammaria con valutazione senologica

PREVENZIONE MAMMELLA (over 40) - C3358	
Prestazioni	Mammografia bilaterale con valutazione senologica

PREVENZIONE GINECOLOGIA - C3359	
Prestazioni	Visita ginecologica con obiettività mammaria
	Pap test

PREVENZIONE DERMATOLOGICA - C3360	
Prestazioni	Visita dermatologica
	Mappatura nevi

“Opzione Check-up BASE” – forma nucleo

Generali Italia riconosce (se previsto nell'opzione scelta all'art. 15) una volta all'anno un pacchetto prevenzione - a scelta tra quelli sotto riportati - per il dipendente o in alternativa un componente del nucleo.

La garanzia è operante solo in centri convenzionati previa attivazione tramite la Centrale Operativa.

PREVENZIONE OSTEOPOROSI (over 45) - C3350	
Prestazioni	Moc (1 segmento)
	Visita fisiatrica

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

PREVENZIONE PATOLOGIE VIE RESPIRATORIE - C3352	
Prestazioni	Visita pneumologica
	Saturimetria

PREVENZIONE UROLOGICA (under 30) - YOUNG MAN - C3353	
Prestazioni	Visita specialistica urologica o andrologica
	Ecografia scrotale

PREVENZIONE UROLOGICA (over 40) - C3354	
Prestazioni	Visita specialistica urologica o andrologica
	Ecografia prostatica

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3355	
Prestazioni	Visita cardiologica
	Elettrocardiogramma

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA - C3356	
Prestazioni	Esame audiometrico
	Visita otorinolaringoiatrica

PREVENZIONE SENOLOGICA (under 40) - YOUNG WOMAN - C3357	
Prestazioni	Ecografia mammaria con valutazione senologica

PREVENZIONE MAMMELLA (over 40) - C3358	
Prestazioni	Mammografia bilaterale con valutazione senologica

PREVENZIONE GINECOLOGIA - C3359	
Prestazioni	Visita ginecologica con obiettività mammaria
	Pap test

PREVENZIONE DERMATOLOGICA - C3360	
Prestazioni	Visita dermatologica
	Mappatura nevi

CHECK-UP - PREVENZIONE minori

PREVENZIONE PEDIATRICA GENERICA - C3361	
Prestazioni	Visita pediatrica con raccolta anamnestica
	Valutazione auxologica

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

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA MINORI - C3363	
Prestazioni	Visita oculistica
	Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc) ed annessi oculari
	Studio del fundus oculi pre individuare patologia retiniche
	Tono oculare
	Misurazione del visus per vicino e lontano, sia mono che bioculare
	Valutazione della motilità oculare

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA MINORI - C3364	
Prestazioni	Visita otorinolaringoiatrica
	Saturimetria

PREVENZIONE DERMATOLOGICA MINORI - C3365	
Prestazioni	Visita dermatologica
	Mappatura nevi

“Opzione Check-up TOP” – solo persona

Generali Italia riconosce (se previsto nell'opzione scelta all'art. 15) una volta all'anno un pacchetto prevenzione a scelta tra quelli sotto riportati.

La garanzia è operante solo in centri convenzionati previa attivazione tramite la Centrale Operativa.

PREVENZIONE OSTEOPOROSI - C3366	
Presta- zioni	Visita fisiatrica
	Moc total body
	Emocromocitometrico completo
	Calcio Totale
	Calcio Urinario
	Creatinina
	Esame completo delle urine
	Vitamina D
	Elettroforesi Proteine Seriche

PREVENZIONE VASCOLARE - C3367	
Presta- zioni	Visita angiologica o chirurgia vascolare
	Ecocolodoppler arterioso e venoso arti inferiori

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA - C2918	
Presta- zioni	Visita gastroenterologica
	Emocromo completo
	AST (got)
	ALT(gpt)
	GGT
	Glicemia
	Trigliceridemia
	Colesterolo totale
	Colesterolo HDL
	Colesterolo LDL
	CPK
	PCR
	Microalbuminuria
	Ricerca sangue occulto feci (1 campione)
Ecografia addome completo	

PREVENZIONE UROLOGICA - C3368	
Presta- zioni	Visita urologica
	Ecografia addome inferiore uomo (studio prostata)
	PSA totale
	PSA libero
	Azotemia (urea)
	Creatinemia
	Glicemia basale
	Sangue occulto nelle feci (1 campione)

PREVENZIONE PATOLOGIE VIE RESPIRATORIE - C3369	
Presta- zioni	Visita pneumologica
	Spirometria completa
	Saturimetria

	Emocromo completo
	Ves

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA - C3370

Presta- zioni	Visita oculistica
	Studio fundus oculi
	Tono oculare
	Misurazione del visus
	Pachimetria
	Test di Schirmer (test lacrimale)
	Topografia corneale

PREVENZIONE GINECOLOGICA - C3371

Presta- zioni	Visita ginecologica
	Pap test
	Hpv ricerca papilloma virus
	Ecografia pelvica o transvaginale

PREVENZIONE TIROIDE - C2923

Presta- zioni	Visita endocrinologica
	Ecografia tiroidea
	FT3
	FT4
	TSH

PREVENZIONE DERMATOLOGICA - C3372

Presta- zioni	Visita dermatologica
	Mappatura nevi
	Studio del biotipo e del fototipo cutaneo
	Vitamina A
	Vitamina B12
	Vitamina C
	Vitamina E
	Acido folico

PREVENZIONE ODONTOIATRICA - C3373

Presta- zioni	Visita odontoiatrica
	Ablazione tartaro
	Ortopantomografia

PREVENZIONE NEFROLOGICA - C3374

Presta- zioni	Visita nefrologica
	Esame urine
	Azotemia (urea)
	Creatininemia
	Glicemia basale

	Ecografia addome completo
	Uricemia
	Quadro elettrolitico
	Vitamina D
	Elettroforesi sieroproteica
	Sideremia
	Clearance della creatinina

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3375	
Presta- zioni	Visita cardiologica
	Elettrocardiogramma
	Esame urine
	Trigliceridi
	AST (Got)
	ALT (Gpt)
	Colesterolo totale
	Colesterolo HDL
	Colesterolo LDL
	Emocromo completo
	PT
	PTT
	Glicemia
	Omocisteina
Quadro elettrolitico (sodio,potassio e calcio)	

“Opzione Check-up TOP” – forma nucleo

Generali Italia riconosce (se previsto nell’opzione scelta all’art. 15) una volta all’anno un pacchetto prevenzione - a scelta tra quelli sotto riportati - per il dipendente o in alternativa un componente del nucleo.

La garanzia è operante solo in centri convenzionati previa attivazione tramite la Centrale Operativa.

PREVENZIONE OSTEOPOROSI - C3366	
Prestazioni	Visita fisiatrica
	Moc total body
	Emocromocitometrico completo
	Calcio Totale
	Calcio Urinario
	Creatinina
	Esame completo delle urine
	Vitamina D
	Elettroforesi Proteine Seriche

PREVENZIONE VASCOLARE - C3367	
Prestazioni	Visita angiologica o chirurgia vascolare
	Ecocolodoppler arterioso e venoso arti inferiori

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA - C2918	
Prestazioni	Visita gastroenterologica
	Emocromo completo
	AST (got)
	ALT(gpt)
	GGT
	Glicemia
	Trigliceridemia
	Colesterolo totale
	Colesterolo HDL
	Colesterolo LDL
	CPK
	PCR
	Microalbuminuria
	Ricerca sangue occulto feci (1 campione)
Ecografia addome completo	

PREVENZIONE UROLOGICA - C3368	
Prestazioni	Visita urologica
	Ecografia addome inferiore uomo (studio prostata)
	PSA totale
	PSA libero
	Azotemia (urea)
	Creatinemia
	Glicemia basale
	Sangue occulto nelle feci (1 campione)

PREVENZIONE PATOLOGIE VIE RESPIRATORIE - C3369	
Prestazioni	Visita pneumologica
	Spirometria completa
	Saturimetria
	Emocromo completo
	Ves

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

PREVENZIONE GINECOLOGICA - C3371	
Prestazioni	Visita ginecologica
	Pap test
	Hpv ricerca papilloma virus
	Ecografia pelvica o transvaginale

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

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

PREVENZIONE ODONTOIATRICA - C3373	
Prestazioni	Visita odontoiatrica
	Ablazione tartaro
	Ortopantomografia

PREVENZIONE NEFROLOGICA - C3374	
Prestazioni	Visita nefrologica
	Esame urine
	Azotemia (urea)
	Creatininemia
	Glicemia basale
	Ecografia addome completo
	Uricemia
	Quadro elettrolitico
	Vitamina D
	Elettroforesi sieroproteica
	Sideremia
	Clearance della creatinina

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3375	
Prestazioni	Visita cardiologica
	Elettrocardiogramma
	Esame urine

Trigliceridi
AST (Got)
ALT (Gpt)
Colesterolo totale
Colesterolo HDL
Colesterolo LDL
Emocromo completo
PT
PTT
Glicemia
Omocisteina
Quadro elettrolitico (sodio,potassio e calcio)

CHECK-UP - PREVENZIONE TOP Minori

PREVENZIONE PEDIATRICA 6 - 18 MESI - C3376	
Prestazioni	Visita pediatrica con raccolta anamnestica e valutazione neuromotoria, neurosensoriale/psicomotoria
	Valutazione ortottica
	Valutazione auxologica

PREVENZIONE PEDIATRICA 2 - 7 ANNI - C3377	
Prestazioni	Visita pediatrica con raccolta anamnestica e valutazione psicomotoria e cognitiva
	Valutazione ortottica
	Visita ortopedica
	Valutazione auxologica

PREVENZIONE PEDIATRICA 8 - 10 ANNI - C3378	
Prestazioni	Visita pediatrica con raccolta anamnestica e valutazione psicomotoria e cognitiva
	Valutazione ortottica
	Visita ortopedica

PREVENZIONE PEDIATRICA 11 - 16 ANNI - C3379	
Prestazioni	Visita pediatrica
	Visita ortopedica
	Visita dermatologica o dietologica

ALLEGATO 4 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Opzioni attivate per la polizza n. XXXXXXXX - Contraente XXXXXXXX

Assicurati: L'assicurazione è prestata nella forma: [inserire PERSONA / NUCLEO] con la qualifica di [inserire categoria (ad es. "Dirigenti")]

Art. 14 Condizioni integrative ai fondi sanitari: Operante art. 14.1 Integrazione FASI-FASDAC / 14.2 Integrazione QUAS / Non operante

Art. 15: Attivata opzione n. XXXXXXXX (inserire numero e nome commerciale)

Fermo il resto.

