



Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

OPZIONI STARBENE

Starbene PlatinumSmart

Contratto di assicurazione malattie per aziende

Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/858.3.StarbenePlatinumSmart - ed. 10.2023)

Contraente _____

Polizza N. _____

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: 21.10.2023

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

LA POLIZZA “GENERASALUTE RSM – OPZIONI STARBENE”

La polizza è rivolta al personale dipendente dell’Azienda Contraente e assicura le spese sanitarie rese necessarie in caso di malattia o infortunio e inoltre permette l’accesso alle strutture sanitarie, anche private, convenzionate con il network di Generali Italia.

Le principali spese mediche rimborsabili sono quelle sostenute in caso di:

- Intervento chirurgico in regime di ricovero, Day Hospital o in ambulatorio
- Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico
- Cure Oncologiche
- Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione extra-ricovero
- Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- Cure dentarie

FUNZIONAMENTO

La polizza ha due modalità di accesso alle prestazioni garantite: in forma rimborsuale o in forma diretta.

FORMA RIMBORSUALE

Se l’Assicurato ha già sostenuto la spesa sanitaria, può richiedere a Generali Italia il rimborso previsto dalla polizza. In tal caso il rimborso verrà effettuato con l’applicazione delle franchigie o degli scoperti previsti per la forma rimborsuale (“fuori rete”).

Per richiedere il rimborso è possibile utilizzare il canale elettronico tramite il sito internet o l’App dedicata “MyGenerali”; in alternativa l’Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute con una raccomandata A.R. o con una PEC

FORMA DIRETTA

Se l’Assicurato non ha ancora sostenuto la spesa sanitaria, può rivolgersi alla Centrale Operativa dedicata che organizzerà la prestazione nell’ambito della rete di strutture sanitarie e professionisti convenzionati con Generali Italia. L’Assicurato non anticipa la spesa; Generali Italia paga direttamente la struttura al netto delle franchigie o scoperti e delle spese non previste dalla polizza stessa.

AVVERTENZE

In caso di sinistro l’Assicurato deve **fornire la necessaria documentazione medica** prevista dalle Condizioni di Assicurazione.

Portale Web – App “MyGenerali”

Tramite il Portale internet o l’App “MyGenerali” l’Assicurato può:

- inserire online le richieste di rimborso, allegando la documentazione in formato elettronico;
- contattare la Centrale Operativa per accedere alla rete convenzionata per attivare la forma diretta;
- seguire lo stato della pratica (tracking);
- visualizzare la documentazione contrattuale;
- visualizzare la rete di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia;
- scaricare un documento riassuntivo dei rimborsi ricevuti ai fini fiscali;
- scaricare la Welion card che consente di accedere al network sanitario a tariffe agevolate o di usufruire di tariffe agevolate per l’acquisto di lenti e occhiali presso le strutture convenzionate;
- scaricare un documento con la dichiarazione di copertura per viaggi all’estero.

Nel contratto di Assicurazione “**GENERASALUTE RSM Opzioni Starbene – Starbene PlatinumSmart**”, ai termini di seguito indicati è attribuito il significato qui precisato:

Art. 1 - Definizioni

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto GeneraSalute RSM (Mod. M85/858).
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 del rimborso. 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 richieda 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 o analgesia anche comportanti 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 cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le relative 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 fino a 30 anni di età purché studenti.
Parti	Generali Italia, il Contraente o l'Assicurato.
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 espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
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 e 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; per i dipendenti inviati all'estero l'assicurazione, nell'ambito dell'annualità assicurativa di polizza, opera per un periodo di permanenza continuativa all'estero 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 di famiglia oltre alla documentazione prevista dal successivo art. 24.

L'assicurazione è prestata nella forma: CATEGORIA PERSONA con la qualifica di DIRIGENTI.



Che cosa è assicurato?

Art. 3 - Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio che si verifichino nell'anno assicurativo di competenza.

Le singole Garanzie descritte negli articoli che seguono sono prestate fino a concorrenza dei massimali indicati, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi o nell'art. 9 "Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo".

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

Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal SSN per la prestazione effettuata, Generali Italia rimborsa l'importo del ticket senza applicazione di scoperti e franchigie

Art. 4 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

4.1 - 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 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 all'estero dell'Assicurato e di un suo eventuale accompagnatore e il loro relativo ritorno in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), con il massimo di € 2.000 per intervento o ricovero;
- in caso di decesso dell'assicurato conseguente ad intervento chirurgico effettuato 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, con il **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 verranno sempre applicati lo scoperto e franchigie previste per gli interventi chirurgici in rete (v. art. 9).

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. 4.2 - Ricovero in istituto di cura, 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 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, con il **massimo di €1.100 per ricovero**.

Art. 4.3 - Interventi per la correzione del vizio di rifrazione

Generali Italia rimborsa, fino a concorrenza del limite di € 2.400 per annualità assicurativa con sottolimito di € 1.200 per occhio, le spese sostenute per interventi per la cura o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.

Art. 4.4 - Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sanitarie di cui ai precedenti artt. 4.1 e 4.2 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 9 "Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo".

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

Art. 4.5 - 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 e 4.2, sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.

✓ Come si calcola il rimborso?
Ricovero chirurgico di 3 giorni eseguito fuori rete convenzionata,
Massimale garantito € 200.000; rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto del 20% con il minimo di € 2.500.
Spese pre/post ricovero di: scoperto del 15%
Accompagnatore: €60 pro di con il massimo di 30 gg all'anno

Spese dell'Assicurato richieste al rimborso
Costo del ricovero: € 10.000
Spese pre/post ricovero: € 1.000
Accompagnatore: € 3.000

Totale riconosciuto all'Assicurato € 8.530 (massimale residuo €200.000 - €8.530 = €191.470)
ricovero € 7.500 (si applica lo scoperto minimo previsto di € 2.500);
spese pre/post ricovero € 850 (€1.000 - 15% di €1.000);
accompagnatore € 180 (€ 60 x 3 gg)

Art. 4.6 - Indennità sostitutiva

Che cosa è assicurato

Se il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avviene in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce una indennità sostitutiva:

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

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate agli artt. 4.1 e 4.2 sono comunque oggetto di rimborso da parte di Generali Italia in base a quanto indicato agli artt. 4.4 e 4.5.

Ci sono limiti di copertura

Nell'art. 9 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?
Ricovero chirurgico di 3 giorni con costi a carico del SSN
Indennità sostitutiva :
€ 50 pro di fino al massimo di 100 per annualità assicurativa
In caso di Day Hospital il 50% di €50 pro di

Spese dell'Assicurato richieste
Spese pre/post ricovero: € 1.000
Giorni di ricovero a carico del SSN: 3 gg

Totale riconosciuto all'Assicurato €1.000 (massimale residuo €200.000 - €850 = €199.150)
3 gg di ricovero in SSN x €50 pro di = €150
spese pre/post ricovero € 850 (€1.000 - 15% di €1.000);

Art. 4.7 - Anticipo

Che cosa è assicurato

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

Generali Italia paga l'anticipo se:

- non sorgono contestazioni sulla rimborsabilità delle spese di ricovero;
- è presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesta la richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico e 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. 9 senza applicazione di franchigie 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 o 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. 9 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.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 9 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, in deroga dell'art. 12 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per le prestazioni dentarie indicate nella tabella dell'art.9.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 9 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

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

Art. 9 - 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 o della franchigia indicati nel relativo articolo o nella seguente tabella.

Se sono 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 vale per la totalità degli Assicurati in polizza.

 **Come si calcola il rimborso?**
Ricovero con Intervento chirurgico eseguito fuori rete convenzionata
 Massimale garantito € 200.000; rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto del 20% con il minimo di € 2.500

Esempio 1: spese di ricovero € 250.000, rimborso all'Assicurato € 200.000 (l'intero massimale)

Esempio 2: spese di ricovero € 15.000, rimborso all'Assicurato € 12.000 (lo scoperto del 20% applicato alla spesa è pari a € 3.000. Massimale residuo € 188.000).

Esempio 3: spese di ricovero € 5.000, rimborso all'Assicurato €2.500 (lo scoperto del 20% applicato alla spesa pari a €1.000 è minore del minimo previsto di €2.500, pertanto si applica quest'ultimo. Massimale residuo € 197.500).

Esempio 4: spese di ricovero €2000, nessun rimborso all'assicurato (le spese sostenute sono integralmente assorbite dallo scoperto minimo di €2.500)

Opzione Starbene Platinum Smart			
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 ambulatoriale	art. 4.1	€ 200.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> € 0; (intervento ambulatoriale € 500) <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia minimo € 2.500 (prestazione ambulatoriale 20%) <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 250 (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. 4.2		<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> € 0; (prestazione ambulatoriale € 500) <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia minimo € 2.500 (prestazione ambulatoriale 20%) <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 250 (se strutture non convenzionate)	
Indennità sostitutiva	art. 4.6	€ 50 Fino al massimo di 100 giorni per annualità assicurativa	
Cure oncologiche	art. 5	€ 8.000	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	art. 6	€ 4.000	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> € 30,00 <i>fuori rete:</i> 30% <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 500	<u>Scoperto:</u> 40% minimo € 70,00
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	art. 7	€ 1.500	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> € 20 <i>fuori rete:</i> 40%; <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
<i>di cui</i> Trattamenti fisioterapici		sottolimito € 600	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> nessuno <i>fuori rete:</i> 40%; <u>Ticket:</u> rimborso al 100%
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			50% 70%

Opzione Starbene Platinum Smart				
Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Radiologia odontoiatrica			10%	50%
Chirurgia			10%	50%
Endodonzia			50%	70%
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



Che cosa NON è assicurato?

Art. 10 - Persone non assicurabili

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

Art. 11 - 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 al rimborso del Premio che si considera acquisito; l'eventuale Premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.

Per le persone che risultano 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 al rimborso del Premio che si considera acquisito.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 12 - 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, e alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 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**

- 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;
- 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 vengano 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. 13 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 14 - 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. 15 - 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 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 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. 16 - Obblighi del Contraente

Il Contraente si obbliga a:

- fornire a Generali Italia nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli Assicurati al momento dell'entrata in copertura;
- consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione e, se è prevista l'adesione dell'assicurato, a consegnare le Condizioni di assicurazione prima dell'adesione stessa;
- a comunicare agli assicurati:
 - la possibilità di accedere alle informazioni sulle loro posizioni assicurative collegandosi o al sito internet di generali.it o all'App dedicata "MyGenerali", entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi;
 - eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

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

Art. 17 - 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. Per la comunicazione di disdetta del contratto vale quanto previsto al successivo articolo 22.

Art. 18 - 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. 19 - 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 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 invia al Contraente gli importi che devono essere pagati entro 30 giorni dalla comunicazione 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'art. 17.

Art. 20 - 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 le seguenti modalità:

- in denaro contante se il Premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- 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.

 **ATTENZIONE:** 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. 21 - 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. 22 - Proroga dell'assicurazione e disdetta

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente. La disdetta va esercitata da ciascuna delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:


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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 23 - 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 1).

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

Art. 24 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

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

- presentare, appena ne ha 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. 25 - 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 che riguarda il sinistro, **oppure tramite internet.** Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito <http://www.generali.it> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

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

Art. 26 - 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 o 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. 27 - Rimborso da Enti

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

✓ **Come si calcola il rimborso?**
Garanzia: Intervento chirurgico in regime di ricovero
Massimale € 200.000
Fuori rete: a carico dell'Assicurato scoperto del 20% con minimo € 2.500

Esempio 1: Speso € 5.000 fuori rete
Rimborso ricevuto da altro ente: € 4.000
Rimborso da parte di Generali Italia: € 1.000
*Lo scoperto del 20% della spesa è pari a € 1.000 (20% di €5.000 = €1.000) pertanto si applica il minimo scoperto di € 2.500.
Il rimborso dovuto sarebbe pertanto pari ad € 2.500 (€5.000-€2.500), ma viene ridotto ad € 1.000 in quanto l'importo del rimborso, sommato a € 4.000 già indennizzati da altro ente, non può eccedere la spesa di € 5.000.
Massimale residuo € 199.000*

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 20% della spesa è pari a € 3.000 (20% di €15.000 = €3.000).
Il rimborso dovuto sarebbe pertanto pari ad € 12.000 (€15.000 - €3.000), 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 € 197.000.*

Esempio 3: Speso € 13.000 fuori rete
Rimborso ricevuto da altro ente: € 1.000
Rimborso da parte di Generali Italia: € 10.400
*Lo scoperto del 20% della spesa è pari a € 2.600 (20% di €13.000 = €2.600).
Il rimborso dovuto è pertanto pari ad € 10.400 (€13.000 - €2.600), importo che sommato a € 1.000 già indennizzati da altro ente non eccede la spesa di € 13.000.
Massimale residuo € 189.600.*

Art. 28 - 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 allegati artt. 4.1 e 4.2 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 8 delle Condizioni di Assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 29 - 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	5
Art. 3 - Rischi assicurati	6
Art. 4 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche	6
Art. 4.1 - Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio	6
Art. 4.2 - Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	7
Art. 4.3 - Interventi per la correzione del vizio di rifrazione	7
Art. 4.4 - Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero	7
Art. 4.5 - Spese pre/post ricovero	8
Art. 4.6 - Indennità sostitutiva	8
Art. 4.7 - Anticipo	8
Art. 5 - Cure oncologiche	9
Art. 6 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	9
Art. 7 - Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	9
Art. 8 - Cure dentarie	10
Art. 9 - Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo	10
Art. 10 - Persone non assicurabili	12
Art. 11 - Permanenza in assicurazione – Limiti di età	12
Art. 12 - Esclusioni	12
Art. 13 - Validità territoriale	13
Art. 14 - Oneri	13
Art. 15 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	13
Art. 16 - Obblighi del Contraente	14
Art. 17 - Comunicazione tra le Parti	14
Art. 18 - Riservatezza dei dati personali	14
Art. 19 - Regolazione del Premio	14
Art. 20 - Pagamento del Premio	15
Art. 21 - Entrata in vigore dell'assicurazione	15
Art. 22 - Proroga dell'assicurazione	16
Art. 23 - Reti convenzionate	16
Art. 24 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)	16
Art. 25 - Criteri di liquidazione	16
Art. 26 - Controversie	16
Art. 27 - Rimborso da Enti	17
Art. 28 - Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza	17
Art. 29 - Lingua in cui è redatto il contratto	17

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

Attivazione della Centrale Operativa

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

- Telefonico: dall'Italia al numero **+39 02 82951133**, **dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00**
- Tramite portale web raggiungibile all'indirizzo <https://areaclienti.generali.it/>
- Tramite l'App MyGenerali

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), delle **prestazioni sanitarie** convenzionate e dei **professionisti** convenzionati con Generali Welion 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 www.generali.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo così garantire 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, dell'equipe medica, della procedura chirurgica e di valutare la copertura 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

È necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo comunicato dalla Centrale Operativa o alleggi alla denuncia se fatta tramite il canale on line **la prescrizione medica con i seguenti elementi** (nel caso di prestazione odontoiatrica tale documento 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 di accesso alle prestazioni di polizza, l'eventuale non autorizzazione da parte della Centrale Operativa della prestazione richiesta in forma diretta non pregiudica la successiva valutazione ed eventuale pagamento del sinistro da parte di Generali Italia, tramite la modalità a rimborso.

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 rimborsabili 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 rimborsabili a termini di polizza.

ACCESSO AI SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI (accertamenti diagnostici/ visite specialistiche/ prestazioni odontoiatriche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi; solo 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, della prestazione sanitaria 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 quesito diagnostico**. Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale documento 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 della struttura ospedaliera, 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 contenente la diagnosi - o il quesito diagnostico - relativa alla prestazione richiesta e comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa all'atto della attivazione della forma diretta.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia una copia delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse e 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 di accesso alle prestazioni di polizza, l'eventuale non autorizzazione da parte della Centrale Operativa della prestazione richiesta in forma diretta non pregiudica la successiva valutazione ed eventuale pagamento del sinistro da parte di Generali Italia, tramite la modalità a rimborso.

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.

Welion card - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

In caso di prestazioni non previste dalla Polizza oppure 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 tramite la Welion Card. 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". La Welion Card è disponibile nell'area riservata del portale di Generali oppure nell'App MyGenerali.

Lenti e occhiali

L'Assicurato può usufruire di tariffe agevolate per l'acquisto di lenti e occhiali se si rivolge alle strutture convenzionate con Generali Welion.

Per accedere alle tariffe agevolate come cliente di Generali Italia l'Assicurato deve esibire la Welion Card. La spesa sostenuta può essere richiesta a rimborso solo se rientra nel piano sanitario sottoscritto **con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete"**. La Welion Card è disponibile nell'area riservata del portale di generali.it oppure nell'App MyGenerali.