

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

Che tipo di assicurazione è?

È l'assicurazione delle spese sanitarie per malattie e infortuni, a favore dei dipendenti e collaboratori di Aziende o di associati ad Enti di varia natura.



Che cosa è assicurato?

La copertura vale per il rimborso delle spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e sostenute in caso di:

- ✓ Intervento chirurgico in regime di ricovero, Day Hospital o in Ambulatorio
- ✓ Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico
- ✓ Cure oncologiche
- ✓ Determinate prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione non collegate al ricovero
- ✓ Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- ✓ Cure dentarie
- ✓ Medicinali
- ✓ Maternità
- ✓ Lenti correttive
- ✓ Check-up



Che cosa non è assicurato?

- ✗ L'assicurazione vale per le persone di età superiore a 80 anni. Per le persone che compiono 80 anni nel corso del contratto la garanzia è valida fino alla scadenza dell'annualità di polizza.
- ✗ 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.



Ci sono limiti di copertura?

Le principali esclusioni sono relative a:

- ! 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;
- ! 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 od 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;
- ! 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;
- ! le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- ! 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;
- ! 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;

- ! le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzo, gli interventi preprotesici e di implantologia;
- ! le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- ! le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- ! degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ! 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;
- ! cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- ! 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;
- ! le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S..

Alcune delle suddette esclusioni sono, in tutto o in parte, assorbibili attivando garanzie opzionali.

Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie (importo in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato) e scoperti (importo espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato) che variano a seconda delle garanzie e delle opzioni attivate.

Per fruire delle prestazioni di polizza l'Assicurato ha la possibilità di accedere ad una rete convenzionata di Strutture Sanitarie nelle quali sono previste delle franchigie e scoperti inferiori a quelli che si applicano accedendo a Strutture sanitarie non convenzionate.

Determinate prestazioni sono previste solo nell'ambito delle Strutture convenzionate ("in rete"), oppure possono essere previsti limiti di indennizzo in caso di accesso a Strutture sanitarie non convenzionate ("fuori rete").

Dove vale la copertura?

L'assicurazione, vale in tutto il mondo. Le prestazioni di assistenza non vengono fornite in quei Paesi che si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto al momento della richiesta. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito:

https://watchlists.ihsmarkit.com/services/watchlistinspector.aspx?watchlist_id=a661e336-c342-4965-b1e7-70980edf8cc2

che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari

Che obblighi ho?

In sede di stipulazione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esaustive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile).

In caso di sinistro, è necessario che l'Assicurato o i suoi aventi diritto presentino, non appena ne abbiano la possibilità, la relativa denuncia a Generali Italia. L'inottemperanza anche ad uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo dovuto.

Quando e come devo pagare?

Il primo premio o la prima rata di premio devono essere pagati, al rilascio della polizza, all'Agenzia alla quale è assegnata oppure alla Società; i premi successivi o le rate di premio successive devono essere pagati entro il trentesimo giorno dopo quello della scadenza. E' possibile pattuire frazionamenti di premio a fronte di maggiorazioni dello stesso. Il premio è comprensivo di imposte. Qualora il premio sia convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili può essere previsto un conguaglio, a debito o a credito del Contraente, al termine di ciascuna annualità assicurativa.

Il premio deve essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti previsti dalla legge (750,00 euro).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dal giorno e ora indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. 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.

La copertura dura un anno e, in mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

In generale, la copertura opera per i sinistri verificatisi in corso di efficacia del contratto e fino alla scadenza dello stesso. Per le prestazioni connesse ad un ricovero la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. Per le altre prestazioni la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.



Come posso disdire la polizza?

In generale, per disdire la polizza il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento all'Agenzia cui è assegnato il contratto o alla Società. In specifico, il Contraente può recedere dal contratto al termine di ciascuna annualità, spedendo la disdetta almeno 30 giorni prima del termine rispettivamente previsto.