ACTIVE IMPRESA WELFARE BENEFIT

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche
(Mod. M85/857 Active Impresa Welfare Benefit - ed. 07.2023)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione (ED. 07.2023)
sono parte integrante del Set Informativo,
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni (ED. 07/2023)
- DIP Aggiuntivo Danni (ED. 07/2023)

PRONTI ALLA VITA.
| cattolica.it | scarica l'app | | | | |

CATTOLICA* ASSICURAZIONI
DAL 1896
*Marchio di Generali Italia S.p.A.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Contratti di Assicurazione Malattia e Assistenza per aziende ACTIVE Welfare Benefit

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A. **Prodotto: ACTIVE IMPRESA WELFARE BENEFIT M85/857**

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi - www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

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

Che tipo di assicurazione è?
E' l'assicurazione di indennità in caso di ricovero per infortunio o malattia e di prestazioni di assistenza. E' inoltre possibile usufruire di servizi gratuiti.

Che cosa è assicurato?

✓ **Ricovero per malattie o infortunio:**
- **indennità giornaliera di ricovero**
- **indennità per ricovero prolungato**
- **indennità per malattia grave**

✓ **Assistenza**
- **assistenza telefonica**
- **second opinion internazionale**
- **assistenza domiciliare integrata post ricovero per malattie gravi**
- **assistenza all'assicurato**
- **assistenza al familiare dell'assicurato**

✓ **Servizi gratuiti**
- **consulto medico da remoto**
- **Wellion card**

Che cosa non è assicurato?

× **Non sono assicurate le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa nei loro confronti indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.**

× **L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.**

Ci sono limiti di copertura?

Relativamente agli articoli 3 e 4 l'assicurazione non comprende i ricoveri dovuti a infezione da COVID 19 per le persone che rientrano nelle seguenti categorie: personale medico, paramedico, professionisti sanitari, membri della Protezione Civile.
Relativamente agli articoli 4 e 5 l'assicurazione non comprende:

! **i ricoveri per interventi di eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;**

! **i ricoveri per intervento di 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;**

! **i ricoveri relativi a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;**

! **i ricoveri per intossicazionei conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonchè ad uso non terapeudico di psicofarmaci e di stupefacenti;**

! **i ricoveri 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;**

! **i ricoveri per interventi chirurgici aventi finalità estetiche Fanno eccezione alla presente esclusione gli interventi 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 degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, dietologici o del benessere;**

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

! **i ricoveri per cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.**

Relativamente agli articoli 8,9,10,11 e 12 si rimanda al DIP aggiuntivo.

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.

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 Premio, comprensivo di imposte, deve essere pagato al rilascio della polizza all'Agenzia alla quale è assegnata oppure a Generali Italia. 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 assicurata; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 50% del Premio annuo per unità assicurata.
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?

L'assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicate 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, ferma restando la scadenza stabilita in Polizza.

Come posso disdire la polizza?

La disdetta va esercitata almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione scritta.

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 Active Impresa Welfare Benefit mod. M85/857.
Condizioni di Assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace.
Familiare anziano	Familiare dell'Assicurato ascendente di primo grado over 65 non autosufficiente, anche non convivente.
Figlio non autosufficiente	Figlio disabile non autosufficiente, non in grado di badare a sé stesso.
Franchigia	Il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14.
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro.
IVASS	L'istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Nucleo familiare	Insieme delle persone che risultano dal certificato di stato di famiglia dell'Assicurato, compresi i conviventi di fatto e le parti dell'unione civile; sono inoltre compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dallo stato italiano.
Struttura Organizzativa	EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8, Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia.
Struttura ospedaliera/istituto di cura	L'ospedale o la clinica in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero.

Contratti di Assicurazione Malattia e Assistenza per aziende - ACTIVE Welfare Benefit

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

Impresa: GENERALI ITALIA S.p.A.
Prodotto: ACTIVE Impresa WELFARE BENEFIT M85/857
Edizione: 07/2023

CATTOLICA ASSICURAZIONI DAL 1896

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A.; la sede legale è in Via Marocchesa,14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico 041.5492111; sito internet: www.cattolica.it – PEC: cattolica@pec.generaligroup.com - Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.
La Società è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927.

Patrimonio netto al 31/12/2019: € 10.244.148.191,00 di cui € 1.618.628.450,00 relativi al capitale sociale e € 7.550.853.867,00 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali
Requisito patrimoniale di solvibilità: € 8.217.950.961,75
Requisito patrimoniale minimo: € 3.180.739.318,67
Fondi propri ammissibili (a copertura SCR): € 17.610.296.018,45
Indice di solvibilità (solvency ratio): 214,29% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016)

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Se è attivata la Piattaforma Welion il contraente disporrà di un servizio aggiuntivo per gli assicurati (ai sensi dell'art. 59-bis del Regolamento IVASS n. 40/2018) per la fruizione dei Flexible Benefit.

I servizi hanno natura accessoria e costituiscono parte integrante di un'unica offerta complessa di natura assicurativa.

I costi della Piattaforma Welion possono variare in base ai seguenti parametri:
- numero di dipendenti attivati
- ammontare dei crediti di welfare attivati
- profilazione dei servizi attivati

I costi della piattaforma Welion a carico del Contraente saranno quindi i seguenti:
- Setup una tantum: minimo 500 euro, massimo 3.500 euro
- Canone annuo: minimo 250 euro, massimo 2.200 euro
- Fee annua per la gestione dei crediti welfare: minimo 3,0%, massimo 6,0%
- Servizi aggiuntivi: minimo 250 euro, massimo 2000 euro

I costi saranno pagati direttamente Generali Welion S.c.a.r.l. sulla base del Contratto Accessorio sottoscritto dal Contraente.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Relativamente agli articoli 8, 9, 10, 11 e 12 l'assicurazione non comprende:

- gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;
- le prestazioni non vengono fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali 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;
- le prestazioni in natura, ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un rischio guerra.

Il diritto al pagamento dell'indennità per malattia grave sorge alle seguenti condizioni:

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro ?	**Denuncia di sinistro:** Per le prestazioni Malattia l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono: • presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica; • 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. Per il servizio gratuito di consulenza da remoto l'Assicurato deve telefonare alla Centrale Medica al numero verde 800.237.966.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese diverse da quelle di cui al punto precedente.
	Gestione da parte di altre imprese: Per i servizi gratuiti si precisa che la gestione è affidata a Welion e i riferimenti per l'accesso sono indicati nel relativo articolo delle Condizioni di Assicurazione. Per le garanzie di Assistenza si precisa che la gestione delle prestazioni assicurative e dei sinistri è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nel relativo articolo delle condizioni di assicurazione.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenze	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Obblighi dell'impresa	Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la documentazione ritenuta necessaria, Generali Italia S.p.A. provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni, sempre che non sia fatta opposizione. L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.

Quando e come devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto con richiesta scritta da inviare all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o a Generali Italia tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

ACTIVE Impresa WELFARE BENEFIT M85/857 è rivolto ai dipendenti di aziende ed enti non commerciali nonché ai titolari, amministratori e soci delle aziende stesse.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
Gli intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 15,00% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia con le seguenti modalità: • Con la lettera inviata a Generali Italia S.p.A. - Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - Cap 00187 • Tramite il sito internet della Compagnia www.cattolica.it, nella sezione Reclami; • Via mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori. I reclemi relativi al comportamento degli intermediari bancari e dei broker, compresi i loro dipendenti e collaboratori, possono essere indirizzati direttamente all'intermediario e saranno da loro gestiti. Qualora il reclamo pervenisse alla Compagnia, la stessa provvederà a trasmetterlo senza ritardo all'intermediario interessato, dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@ped.ivass.it** Il modello per presentare il reclamo a IVASS è reperibile sul sito **www.ivass.it**. alla sezione "Per i consumatori - Reclami" I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere: 1. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; 2. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; 3. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; 4. copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; 5. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:	
Mediazione	E' possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a: Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 - 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail generali_mediazione@pec.generaligroup.com
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto dei DIPENDENTI la cui remunerazione è a carico del Contraente stesso, nonché del relativo Nucleo familiare. Possono essere inseriti in copertura anche i titolari d'azienda.
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 è prestata a favore delle persone appartenenti alla categoria indicata in polizza le cui generalità risultano dagli elenchi forniti a Generali Italia dal Contraente.

L'assicurazione prestata per l'intero Nucleo familiare (-> definizione) richiede, in caso di sinistro, la presentazione del certificato di stato famiglia oltre alla documentazione prevista dal successivo art. 26.

Che cosa è assicurato?

Art. 3 Oggetto dell'assicurazione

Generali Italia a ciacun Assicurato:

- riconosce le prestazioni previste all'art. 4 e 5, a seguito di malattia o infortunio;
- mette a disposizione i servizi di assistenza previsti agli articoli 8-9-10-11-12.

Le singole garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali ed entro gli eventuali limiti di indennizzo ivi previsti.

Generali Italia, inoltre, mette a disposizione di ciascun Assicurato i servizi gratuiti previsti all'art. 6

Art. 4 Indennità giornaliera di ricovero e Indennità per ricovero prolungato

In caso di ricovero per malattia o infortunio successivi alla decorrenza della copertura, Generali Italia corrisponde all'Assicurato:

1. una indennità pari a € 100 per ogni giorno di ricovero successivo al 5°, per un numero massimo di 30 giorni per ricovero e per un massimo di 150 giorni per annualità assicurativa (indennità giornaliera di ricovero);

2. una indennità pari a € 2.000 in caso di ricovero superiore a 20 giorni (corrisposta dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera) e per un massimo di 2 volte per annualità assicurativa (indennità per ricovero prolungato).

Ci sono limiti di copertura

La copertura assicurativa è valida esclusivamente a seguito di ricovero presso una struttura ospedaliera (-> definizione) iniziato successivamente all'operatività della polizza.

✔ Come si calcola l'indennizzo?

Esempio 1: ricovero con degenza di 20 giorni. Importo riconosciuto all'Assicurato € 1.500: indennità € 100x15 giorni (dal 6° al 15° giorno)
Esempio 2: ricovero con degenza di 21 giorni. Importo riconosciuto all'Assicurato € 3.600: indennità € 100x16 giorni (dal 6° giorno al 21° giorno) € 1.600, indennità per ricovero prolungato € 2.000
Esempio 3: ricovero con degenza di 40 giorni. Importo riconosciuto all'Assicurato € 5.000: indennità € 100x30 giorni (dal 6° giorno per un massimo di 30) € 3.000, indennità per ricovero prolungato € 2.000

Art. 5 - Indennità per malattia grave (garanzia valida per il solo caponucleo)

Generali Italia corrisponde all'Assicurato un'indennità di € 2.000,00 in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti eventi:

- infarto miocardico acuto
- chirurgia cardiovascolare
- ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto)
- tumore

- insuffcienza renale
- trapianto d'organo
- paralisi

La copertura assicurativa è operante a condizione che ciascuna malattia grave presenti i seguenti requisiti:

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

L'Assicurato ha diritto all'indennità una sola volta all'anno al verificarsi di una tra le fattispecie sopracitate

Ci sono limiti di copertura

La presente garanzia opera:

- se tra la data della prima diagnosi a quella della richiesta di indennizzo sono trascorsi almeno 90 giorni, come risultante da certificazione medica e cartella clinica;
- in caso di permanenza in vita dell'Assicurato alla data della richiesta di indennizzo.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore dopo la liquidazione o l'offerta dell'indennità, Generali Italia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 6 - Servizi gratuiti

Generali Italia mette gratuitamente a disposizione di ciascun Assicurato i seguenti servizi.

1. Consulto medico da remoto

In caso di necessità, è possibile usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica telefonica di Medicina Generale, tele-prescrizione di farmaci o consigli di farmaci da assumere.

In particolare l'Assicurato può ricorrere al servizio di teleconsulto in caso necessiti di:

- valutazione referti medici e indicazioni terapeutiche
- indicazioni sul presidio ospedaliero più vicino
- consulenza medicina generale e pediatrica
- referto via email
- tele-prescrizione farmaci

Il teleconsulto, erogato dalla Centrale Medica di AVANGUARDIA MEDICA Srl, è attivo 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, senza limiti di utilizzo, chiamando il numero 800.237.966.

2. Welion card - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

In caso di prestazioni non previste dalla Polizza, l'Assicurato può accedere al network di Strutture Convenzionate di Generali Welion usufruendo di tariffe agevolate sulle spese sanitarie. Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurato Generali e presentando il voucher alla struttura selezionata corredato da un documento in corso di validità.

Il voucher e l'elenco delle strutture convenzionate sono disponibili nel sito www.cattolica.it o nell'MyCattolica all'interno dell'area clienti MyCattolica.

Art. 7 - Servizi di assistenza

Generali Italia mette a disposizione di ciascun Assicurato i servizi di assistenza indicati agli articoli 8-9-10-11-12.

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

- dall'Italia al numero verde 800572572
- dall'estero al numero nero +390258240565

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

a) nome e cognome
b) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante
c) la fascia tessera **KRWB**
d) l'indirizzo del luogo in cui si trova
e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza

Per erogare le prestazioni previste, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dal Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali. Contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa, l'Assicurato dà il consenso al trattamento dei suoi dati personal anche relativi alla salute, a reati e a condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

Nei servizi di assistenza per ricovero prolungato si intende un ricovero superiore a 15 notti di degenza ospedaliera.

Se l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolge per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra assicurazione, le suddette prestazioni sono operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. 8 - Assistenza Telefonica

a) Consulenza medica generica

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto. Il servizio è garantito 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana.

Si precisa che il consulto medico non può essere considerato come diagnosi in quanto è fornito sulla base delle indicazioni espresse dall'Assicurato.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.

b) Consulenza medica specialistica

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un consulto telefonico con i medici specialisti della Struttura Organizzativa (Ortopedico, Pediatra, Cardiologo, Ginecologo, Nutrizionista) può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto: il servizio è garantito 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana.

Si precisa che, viste le modalità di erogazione, la prestazione non vale come diagnosi ed è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato.

Art. 9 - Second Opinion Internazionale

Se l'Assicurato a seguito di un infortunio o una malattia, per la quale è già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinicodiagnostica può contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa effettuano un primo esame, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, e procedono alla raccolta della documentazione clinica e

diagnostica necessaria per elaborare i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti.

Tutti i dati clinici saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra ad interpretarla.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.

Art. 10 - Assistenza domiciliare integrata post ricovero per malattie gravi

Se l'Assicurato a seguito di un ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni per malattie gravi necessita la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare, come prescritto dal proprio medico curante, può contattare la Struttura Organizzativa.
Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico.
Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.
La Prestazione è valida solo in Italia.
L'intervento del personale medico e paramedico sarà erogato con un massimo di 5 giorni continuativi e non frazionabili post ricovero.

Art. 11 - Assistenza all'Assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento dal posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, necessita del monitoraggio dei propri sintomi potrà contattare la Struttura Operativa per avere:

a) Triage infermieristico per orientarti sulle azioni da intraprendere.

L'Assicurato verrà richiamato dall'operatore preposto che effettuerà un triage telefonico al fine di orientarlo sulle azioni da intraprendere.

L'Assicurato avrà a disposizione 1 chiamata all'anno.

b) Consulenza con Medico in caso di comparsa sintomi e/o peggioramento quadro clinico

La Struttura Organizzativa, attraverso i suoi medici, successivamente al triage infermieristico fornisce il consulto medico telefonico di cui ha bisogno.

c) Consegna spesa a domicilio

Se l'Assicurato si trova in isolamento fiduciario presso la sua abitazione, senza possibilità di allontanarsi dall'abitazione su certificazione del suo medico curante, e ha bisogno di generi alimentari di prima necessità può contattare la Struttura Organizzativa che provvederà alla consegna di quanto ha ordinato.

L'Assicurato avrà a disposizione 2 consegne ogni anno. Se la Struttura Organizzativa non è in grado di organizzare la consegna, la stessa autorizzerà l'Assicurato all'acquisto di generi alimentari di prima necessità. In questo caso l'Assicurato potrà richiedere il rimborso presentando la ricevuta di spesa e il valore massimo rimborsabile sarà di € 25,00 a consegna.

d) Consegna farmaci a domicilio

Se l'Assicurato si trova in isolamento fiduciario presso la sua abitazione, senza possibilità di allontanarsi dall'abitazione su certificazione del suo medico curante, e ha bisogno di medicine e/o articoli sanitari può contattare la Struttura Organizzativa che organizza la consegna di quanto prescritto dal medico curante.

L'Assicurato avrà a disposizione 2 consegne ogni anno. Se la Struttura Organizzativa non è in grado di organizzare la consegna, la stessa autorizzerà l'Assicurato all'acquisto di medicine e/o articoli sanitari. In questo caso l'Assicurato potrà richiedere il rimborso presentando la ricevuta di spesa e il valore massimo rimborsabile sarà di € 25,00 a consegna.

Art. 12 - Assistenza ai Familiari dell'Assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento dal posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, necessita di assistenza per i componenti del proprio nucleo familiare potrà contattare la Struttura Operativa per avere:

a) Triage infermieristico per orientarti sulle azioni da intraprendere

Il familiare verrà richiamato dall'operatore preposto che effettuerà un triage telefonico sulle azioni da intraprendere.

L'Assicurato avrà a disposizione 1 chiamata all'anno.

b) Consulenza con Medico in caso di comparsa sintomi e/o peggioramento quadro clinico

La Struttura Organizzativa, attraverso i suoi medici, successivamente al triage infermieristico fornisce ai familiari il consulto medico telefonico di cui hanno bisogno.

c) Phone Caring

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento dal posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, è impossibilitato a contattare il proprio familiare anziano (assistito) o a comunicare con lui, la Struttura Organizzativa stabilirà in accordo con l'Assicurato e il familiare (assistito) un programma di chiamate telefoniche allo scopo di stimolare l'attività relazionale della persona anziana in un periodo di potenziale solitudine legato alla temporanea assenza del parente.

Europ Assistance, dopo aver concordato con l'assistito e il suo familiare anziano un orario di chiamata ricompreso tra le 09.00 e le 18.00, provvederà a telefonare giornalmente all'assistito per un massimo di 30 giorni.

Europ Assistance effettuerà 3 tentativi di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvederà ad allertare l'Assicurato o la persona da lui designata in caso di mancato contatto con l'assistito.

L'Assicurato si fa carico di ottenere il consenso del familiare (assistito) ad essere contattato dalla Struttura Organizzativa. Per l'erogazione della prestazione l'Assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.

d) Care Manager per i familiari anziani e figli dell'assicurato non autosufficienti

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento dal posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, non è più in grado di prendersi cura del suo familiare anziano o del figlio disabile non autosufficiente e ha bisogno di una consulenza socio-assistenziale, può telefonare alla Struttura Organizzativa. Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico, valuterà le diverse esigenze di cura.

Se lo ritiene necessario, il Care Manager organizzerà un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano o presso l'abitazione dell'Assicurato in caso di figli.

Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager restituirà per iscritto e mediante colloquio telefonico:

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

La prestazione è richiedibile per una sola persona tra quelle rientranti nella definizione di familiare anziano e figlio non autosufficiente, e viene fornita dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 ed una sola volta per periodo assicurativo

Il Care Manager potrà richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Al fine dell'erogazione della prestazione è necessario ottenere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

Art. 13 - 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.

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Indennità giornaliera di ricovero	art. 4.1	€ 100 fino ad un massimo di 30 giorni per singolo ricovero e 150 giorni per annualità assicurativa	5 giorni
Indennità per ricovero superiore a 20 giorni	art. 4.2	€ 2.000 fino ad un massimo di 2 volte per annualità assicurativa	
Indennità gravi malattie	art. 5	€ 2.000 per annualità assicurativa	
Consulto medico da remoto	art. 6.1	Illimitato	

Accesso al network sanitario	art. 6.2	illimitato	
Assistenza telefonica: consulenza medica generica, consulenza medica specialistica	art. 8	3 consulti medici e 3 consulti medici specialistici per annualità assicurativa	
Secondo Opinion Internazionale	art. 9	3 consulti per annualità assicurativa	
Assistenza domiciliare integrata post ricovero per malattie gravi	art. 10	3 consulti per annualità assicurativa massimo 5gg di assistenza continuativi	
Assistenza al Dipendente Assicurato: triage infermieristico, consulenza con medico, consegna spesa a domicilio, cosegna farmaci	art. 11	Triage 1 volta per annualità assicurativa, ciascuna consegna a domicilio massimo 2 volte per annualità assicurativa	
Assistenza ai Familiari del Dipendente Assicurato: triage, consulenza con medico, phone caring, care manager	art. 12	Triage 1 volta per annualità assicurativa, phone caring massimo 30 giorni per anno, care manager per 1 persona per annualità assicurativa	

Che cosa NON è assicurato?

Art. 14 - Persone non assicurabili

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

Art. 15 - Permanenza in assicurazione - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.
Per coloro che compiono i 75 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 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 e pertanto non si darà seguito al rimborso del premio che si considera acquisito.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 16 - Esclusioni

Per le garanzie previste agli articoli 3 e 4 l'assicurazione non comprende i ricoveri dovuti a infezione da COVID 19 per le persone che rientrano nelle seguenti categorie: personale medico, paramedico, professionisti sanitari, membri della Protezione Civile.

Per le garanzie previste agli articoli 3,4 e 5 l'assicurazione non comprende:

a) i ricoveri per interventi di 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**

b) i ricoveri per intervento di 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;

c) i ricoveri relativi a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;

d) i ricoveri per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;

e) i ricoveri 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;

f) i ricoveri per interventi chirurgici aventi finalità estetiche. Fanno eccezione alla presente esclusione gli interventi aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;

> ⚠ *ATTENZIONE:* 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**

g) le 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;

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

i) i ricoveri per cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.

Per le garanzie previste agli articoli 8,9,10,11 e 12 l'assicurazione non comprende:

j) gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;

k) le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;

l) le prestazioni non vengono fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. 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;

m) le prestazioni in natura, ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un rischio guerra.

Dove vale la copertura?

Art. 17 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

Art. 18 - 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. 19 - 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.
Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 20 - Obblighi del contraente

Se gli assicurati sostengono 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 ha 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. 21 - 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.

Quanto e come devo pagare?

Art. 22 Regolazione del premio

Il contratto prevede, per la durata annuale della copertura, il pagamento da parte del Contraente di un premio.
Entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa,** l'effettivo numero iniziale di **nuclei familiari** assicurati affinché Generali Italia possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio comunque acquisito;
- **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 assicurata; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 50% del premio annuo per unità assicurata.

A seguito di tali comunicazioni Generali Italia notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza Generali Italia si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente adempie ai suoi obblighi, 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 gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 23 - 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;

- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, in tale qualità, su conto corrente postale dedicato(1). In questo caso la data di versamento del premio e, quindi, la data di decorrenza della garanzia coincide con quella apposta dall'ufficio postale;
- 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(2) 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 bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto corrente dedicato dell'intermediario, in tale qualità. In questo caso la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o sul conto corrente dell'intermediario, in tale qualità;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD). In questo caso il premio si intende pagato, salvo il buon fine degli addebiti stessi, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive. Fermo quanto precede, in caso di mancato pagamento anche di una sola rata di premio la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza della rata. In caso di sospensione la garanzia produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico bancario o recandosi direttamente presso l'intermediario, tutte le rate scadute e non pagate, e la parte di premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(1) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(2) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 24 - 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. 25 - Proroga dell'assicurazione

Il contratto - 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 scritta mediante:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 26 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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;
- 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. 27 - Criteri di liquidazione

Generali Italia eroga le prestazioni assicurate direttamente all'Assicurato entro il termine di 30 giorni dalla richiesta, previa presentazione di certificazione medica e cartella clinica.
La richiesta di liquidazione può avvenire tramite internet: per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito www.cattolica.it/ e cliccare sulla voce "Area Clienti", oppure è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo **https://areaclienti.cattolica.it/**. Nel caso l'applicativo non sia disponibile, l'Assicurato potrà chiamare il Contact Center dall'Italia al numero verde 800.061.040 e dall'estero al numero nero 02.82954701 per ottenere il modulo di rimborso da compilare e ritornare all'indirizzo e-mail attivawelfarebenefit@generali.com.

Art. 28 - 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 essere 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

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 4
Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione 4
Art. 4 - Indennità giornaliera di ricovero e Indennità per ricovero prolungato 4
Art. 5 - Indennità per malattia grave 4
Art. 6 - Servizi gratuiti 5
Art. 7 - Servizi di assistenza 6
Art. 8 - Assistenza Telefonica 6
Art. 9 - Second Opinion Internazionale 6
Art. 10 - Assistenza domiciliare integrata post ricovero per malattie gravi 7
Art. 11 - Assistenza all'Assicurato 7
Art. 12 - Assistenza ai Familiari dell'Assicurato 7
Art. 13 - TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO 8
Art. 14 - Persone non assicurabili 9
Art. 15 - Permanenza in assicurazione – Limiti di età 9
Art. 16 - Esclusioni 9
Art. 17 - Validità territoriale 10
Art. 18 - Oneri 10
Art. 19 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni 10
Art. 20 - Obblighi del Contraente 10
Art. 21 - Riservatezza dei dati personali 11
Art. 22 - Regolazione del premio 11
Art. 23 - Pagamento del premio 11
Art. 24 - Entrata in vigore dell'assicurazione 12
Art. 25 - Proroga dell'assicurazione 12
Art. 26 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro 12
Art. 27 - Criteri di liquidazione 12
Art. 28 - Controversie 13
Art. 29 - Lingua in cui è redatto il contratto 13