

Assicurazione Malattie - rimborso spese mediche in forma completa

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Impresa: Generali Italia S.p.A.

Prodotto: GENERA SALUTE RSM M85-854



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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura opera ad integrazione del Piano Sanitario Base collettivo (Plus o Extra) e prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per prestazioni ospedaliere (ricoveri, ecc.) ed extraospedaliere.



Che cosa è assicurato?

La copertura vale per il rimborso delle seguenti spese sanitarie:

- ✓ Medicinali;
- ✓ Compartecipazione alla spesa sanitaria per l'acquisto di medicinali (Ticket);



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2023.



Ci sono limiti di copertura?

Le principali esclusioni sono relative a:

- ! gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dall' "Area ricoveri", art.4.9
- ! le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dall' "Area ricoveri", art. 4.8 e dall' "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali", art.4.26
- ! le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo i seguenti interventi di chirurgia plastica:
 - interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 3 anni;
 - interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
 - interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) indennizzabili come da polizza;
 - interventi di adeguamento contro laterale relativi a intervento chirurgico a scopo ricostruttivo eseguito a seguito di mastectomia o quadrantectomia nell'ambito del submassimale previsto dall' "Area ricoveri", art 4.10
- ! i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
- ! i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la

permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- ! le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- ! l'aborto volontario non terapeutico;
- ! la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dall' "Area prestazioni accessorie" art.4.48 "Neonati";
- ! tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dalla garanzia prevista dall' "Area prestazioni accessorie" art. 4.44 "Procreazione medicalmente assistita". Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista dall' "Area ricoveri", art.4.15 "Diaria Sostitutiva";
- ! gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
- ! check-up clinici;
- ! agopuntura
- ! prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
- ! le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ! le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- ! 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 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 spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSI-CHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", non-ché palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

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 attivate.



Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione, vale in tutto il mondo



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? Quali sono le condizioni di adesione?

Il premio dovrà essere corrisposto dalla Contraente con frazionamento mensile anticipato.

L'adesione alle Opzioni Integrative da parte dei Titolari ammessi al Piano sanitario Base è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria tramite accesso alla propria area iscritti del portale dedicato all'assistenza sanitaria per il Gruppo UniCredit.

Pertanto, non sarà possibile modificare la scelta effettuata dell'/e Opzione/i liberamente attivata/e in un momento successivo a quello dell'attivazione della presente copertura assicurativa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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.

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2023 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati

- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno dopo il pagamento.

e scade alle ore 24:00 del 31/12/2025.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.



Come posso disdire la polizza?

La presente copertura è senza tacita proroga e, pertanto, si intende automaticamente disdettata alla sua scadenza naturale

Assicurazione malattie - rimborso spese mediche in forma completa

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

Impresa: Generali Italia S.p.A.
Prodotto: Genera Salute RSM M85-854
Edizione 12/2023



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

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

GENERALI ITALIA S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali; la sede legale è in Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com; indirizzo PEC: generalitalia@pec.generaligroup.com.

Generali Italia è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Patrimonio netto al 31/12/2021: € 9.050.863.796 di cui € 1.618.628.450 relativi al capitale sociale e € 7.130.519.742 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: € 7.827.344.769,68

Requisito patrimoniale minimo: € 3.359.474.146,09

Fondi propri ammissibili: € 19.238.700.398,43

Indice di solvibilità (solvency ratio): 246% (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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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







Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

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 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.

	<p>Assistenza diretta/in convenzione:</p> <p>Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici 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 di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Gli assicurati devono attivare la Centrale Operativa per tutte le prestazioni da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese diverse da quelle di cui al punto precedente.</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<p>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 – procedendo al pagamento entro 30 giorni.</p> <p>L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.</p>
 Quando e come devo pagare? Quali sono le condizioni di adesione?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non previsto
 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	Non previsto
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Genera Salute RSM è rivolta al personale in servizio presso una sede in Italia con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A. per assicurare il rimborso delle spese sanitarie per malattia e infortunio</p>	



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a: Generali Italia S.p.A. - Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 8433004 - e.mail: reclami.it@generali.com</p> <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.</p> <p>Generali Italia ha termine 45 giorni per rispondere al reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:</p> <ol style="list-style-type: none">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	<p>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).</p> <p>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</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

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

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.Gruppo Unicredit - ed. 12/2023)

UNI.CA Cassa Assistenza / Polizza Integrativa – Opzione 2 Farmaci –
430363188



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. M85/854).
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Carenza/termini di aspettativa	Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia
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
Ciclo di cura	Il totale delle sedute prescritte/effettuate per singola tipologia di terapia prevista per sede anatomica ed inviate in un'unica soluzione.
Condizioni di assicurazione (CDA)	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, quindi senza pernottamento.
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
Evento/Data Evento	Prestazioni Ospedaliere - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio. Prestazioni Extraospedaliere - la data del sinistro è quella in cui si è verificata la prestazione; per la polizza Opzione 1 Integrativa LTC "Non autosufficienza e Servizi assistenziali" il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il sopravvenuto stato di non autosufficienza.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marchesa 14.
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica, senza degenza, effettuata in ambulatorio o ambulatorio protetto, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con polipectomia, ago aspirato.
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.
LTC - Long Term Care	Piano assicurativo che copre i costi derivanti dall'impossibilità di compiere le normali attività della vita quotidiana a seguito di non autosufficienza.
Lungodegenza	Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non

può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento

Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. La gravidanza non è considerata malattia.
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Massimale	La spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie
Non autosufficienza	L'incapacità, tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni, di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana correlate alla mobilità, all'alimentazione e all'igiene personale in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL).
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 2 "Assicurati" delle Condizioni di Assicurazione del Piano Sanitario BASE del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit
Piano sanitario Base	La polizza malattia/infortuni sottoscritta dal Contraente a favore dell'Assicurato per il personale in servizio: Plus o Extra
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.
Regime di assistenza diretta	L'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.
Regime rimborsuale	Il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Sport professionistico	Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono prestazioni convenzionate il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Struttura Organizzativa	La struttura nominata Europe Assistance 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 i servizi assistenziali previsti solo nella polizza Opzione 1 Integrativa LTC.
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

L'Assicurazione s'intende valida a favore del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit e dei relativi nuclei familiari, come identificati nella definizione di nucleo familiare, purché siano iscritti a Uni.C.A. e a condizione che siano già tutti assicurati al Piano Sanitario Base, previo pagamento, da parte del Titolare, del premio corrispondente all' Opzione liberamente attivata.

L'adesione volontaria per tutti i Titolari della presente copertura assicurativa prevede l'obbligo di attivazione della copertura per l'intero nucleo familiare già assicurato al Piano Sanitario Base.

Nel caso di mancata adesione del nucleo familiare al Piano Sanitario BASE, l'adesione volontaria alla presente copertura assicurativa s'intende valida esclusivamente per il solo Titolare.

La presente copertura assicurativa opera:

- a secondo rischio, ad integrazione delle garanzie prestate dal Piano Sanitario Base, e relativamente alla quota rimasta a carico dell'Assicurato a seguito dell'indennizzo a primo rischio;
- a primo rischio, in caso di garanzie non presenti nel Piano Sanitario Base. In entrambi i casi si applicano gli scoperti e franchigie previsti dalla presente copertura assicurativa.



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute dagli Assistiti in conseguenza d'infortunio o malattia, come definite nelle Opzioni di seguito indicate, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole Opzioni.

Art. 4 Opzioni Integrative

Che cosa è assicurato

4.1 Opzione 2 - FARMACI

Che cosa è assicurato

4.1.1 Livello di Protezione Alta

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali ivi compresi gli "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci e vaccini), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

E' prevista una carenza di 45 giorni. Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Somma Assicurata

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente Opzione è di € 350 ed è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa sostenuta.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'Assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci e vaccini), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo

parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

E' prevista una carenza di 45 giorni. Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Somma Assicurata

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente Opzione è di € 350 ed è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

4.1.2 Livello di Protezione Totale

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali ivi compresi gli "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci e vaccini), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

E' prevista una carenza di 45 giorni. Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Somma Assicurata

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente Opzione è di € 500 ed è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa sostenuta.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'Assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci e vaccini), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

E' prevista una carenza di 45 giorni. Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Somma Assicurata

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente Opzione è di € 500 ed è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).



Che cosa NON è assicurato?

Art. 5 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2023.

È concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2025, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.

Fino al limite di età previsto dalla presente copertura, viene data la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto all'art. 7 "Esclusioni".

Tuttavia, gli Assicurati che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto potranno essere mantenuti in copertura sino al 31 dicembre 2025.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 6 Patologie pregresse

Sono incluse nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

Art. 7 Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) gli infortuni di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dall' "Area ricoveri", art.4.9 del Piano Sanitario Base;
- 2) le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dall' "Area ricoveri", art. 4.8 e dall' "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali", art.4.26 del Piano Sanitario Base;
- 3) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo i seguenti interventi di chirurgia plastica:
 - interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 3 anni;
 - interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
 - interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) indennizzabili come da polizza;
 - interventi di adeguamento contro laterale relativi a intervento chirurgico a scopo ricostruttivo eseguito a seguito di mastectomia o quadrantectomia nell'ambito del submassimale previsto dall' "Area ricoveri", art 4.10 del Piano Sanitario Base;
- 4) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
- 5) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 6) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 7) l'aborto volontario non terapeutico;
- 8) la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dall' "Area prestazioni accessorie" art.4.48 "Neonati" del Piano Sanitario Base;
- 9) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dalla garanzia prevista dall' "Area prestazioni accessorie" art. 4.44 "Procreazione medicalmente assistita". Per questa tipologia di interventi non

è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista dall' "Area ricoveri", art.4.15 "Diaria Sostitutiva" del Piano Sanitario Base;

10) gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;

11) check-up clinici;

12) agopuntura;

13) prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;

14) psicoterapia salvo quanto previsto dal Piano Sanitario Base;

15) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

16) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

17) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

18) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;

19) 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;

20) le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;

21) prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico;



Dove vale la copertura?

Art. 8 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 9 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. 10 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

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

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

Art. 11 Obblighi del Contraente

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

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

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

Generali Italia 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. 12 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.



Quali sono le condizioni di adesione?

Art. 13 Adesione Variazione della copertura in corso d'anno

L'adesione alle Opzioni Integrative da parte dei Titolari ammessi al Piano sanitario Base è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria tramite accesso alla propria area iscritti del portale dedicato all'assistenza sanitaria per il Gruppo UniCredit.

Pertanto, non sarà possibile modificare la scelta effettuata dell'/e Opzione/i liberamente attivata/e in un momento successivo a quello dell'attivazione della presente copertura assicurativa.

Persone assicurabili

L'assicurazione s'intende valida a favore del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit e dei relativi nuclei familiari, come identificati nella definizione di nucleo familiare, purché siano iscritti a Uni.C.A. e a condizione che siano già tutti assicurati al Piano Sanitario Base, previo pagamento, da parte del Titolare, del premio corrispondente al/i Modulo/i liberamente attivato/i.

L'adesione volontaria per tutti i Titolari della presente copertura assicurativa prevede l'obbligo di attivazione della copertura per l'intero nucleo familiare già assicurato al Piano Sanitario Base.

Nel caso di mancata adesione del nucleo familiare al Piano Sanitario BASE, l'adesione volontaria alla presente copertura assicurativa s'intende valida esclusivamente per il solo Titolare. I licenziamenti o le assunzioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dalle Aziende associate, con modalità telematiche a Uni.C.A. e da quest'ultima rimessi alla Compagnia.

Inclusione di nuovi Titolari in corso d'anno

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 della data di assunzione del dipendente e purché comunicata a Generali Italia entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare a Generali Italia. In mancanza di tale comunicazione entro 90 giorni dalla data di assunzione, il dipendente non può aderire alla presente copertura assicurativa.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo, il premio sarà calcolato nella misura del:

- 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

I massimali previsti sono da intendersi comunque al 100%. Fatti salvi i termini di aspettativa (ove previsti), le garanzie sono operanti dalle ore 00:00 della data di assunzione del dipendente e di adesione alla presente copertura assicurativa.

Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nei seguenti casi:

- a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- b) rientro in Italia di dipendente UniCredit precedentemente espatriato (ex Expat), a decorrere dal giorno del rientro, ovvero, se successivo, dal giorno seguente il termine della copertura prevista per il personale espatriato;
- c) matrimonio;
- d) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;

e) esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata a Generali Italia entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Generali Italia. In mancanza di tale comunicazione entro 90 giorni dalla data di assunzione, il dipendente non può aderire alla presente copertura assicurativa.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo, il premio sarà calcolato nella misura del:

- 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

I massimali previsti sono da intendersi comunque al 100%.

Esclusioni in corso d'anno

La cessazione della presente copertura assicurativa prima della sua naturale scadenza del 01/01/2024, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente per qualsiasi motivo;
- b) decesso del dipendente;
- c) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;
- d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico; nel caso del figlio fiscalmente non a carico la cessazione della copertura è possibile solo al verificarsi anche di una delle due fattispecie:
 - costituzione da parte del figlio di un proprio nucleo familiare (matrimonio/convivenza more uxorio);
 - conseguimento da parte del figlio, nell'anno d'imposta in cui si verifica l'uscita dal nucleo, di un reddito complessivo superiore a € 26.000 annui lordi;
- e) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- f) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti dall'art. 30 "Persone non assicurabili";
- g) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente;
- h) cessazione del Piano Sanitario BASE.

Nei suddetti casi, l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento, anche per gli eventuali familiari assicurati, e pertanto non si procederà ad alcun rimborso del premio, ad eccezione dei casi di esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, di licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo o delle cessazioni con instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit nei quali casi il dipendente e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.



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. 14 Entrata in vigore dell'assicurazione- Tacito Rinnovo

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.

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2023 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno dopo il pagamento.

e scade alle ore 24:00 del 31/12/2025.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

E' prevista la facoltà di recesso da parte della Contraente

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 15 Reti convenzionate

Rete delle "Strutture 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 contenuta nel Allegato 1 del Piano sanitario Base .

Art. 16 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 tramite internet o App. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al portale Welfare > il portale Welfare > Uni.C.A. > GENERALI (2024-25) , da APP (previa registrazione/login), da pagina web (previa registrazione login), entrambe attive dal 1°marzo 2024.

Art. 17 Visite di medici incaricati dalla Compagnia

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Compagnia e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 18 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Contratto.

Art. 19 Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della Cartella clinica).

Art. 20 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 21 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.

Art. 22 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.

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@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.