

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:

- ✓ Inabilità e Non Autosufficienza;
- ✓ Servizi Assistenziali;



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;

La garanzia di cui al presente contratto opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.



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>Servizi Assistenziali:</p> <p>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 nella polizza Opzione 1 Integrativa LTC.</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?

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



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. 07/2023)

UNI.CA Cassa Assistenza / Polizza Integrativa - Opzione 1 LTC-
430363187



Data ultimo aggiornamento: 03/08/2023

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
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	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.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14.
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.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 2 "Assicurati" delle Condizioni di Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.

Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono 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.
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 dello 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/alle Opzione/i liberamente attivata/e.

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.

L'assicurazione è prestata in base all'opzione indicata nell'allegato 2.



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 1 -NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI (SOLO PER I FAMILIARI)-

4.1.1 Livello di Protezione ALTA

Che cosa è assicurato

INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

Generali Italia copre le spese di assistenza sotto citate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della polizza, e previa verifica da parte della stessa della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza". Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte di Generali Italia della predetta documentazione completa.

Conclusa la verifica Generali Italia provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato Generali Italia dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata. A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, Generali Italia potrà richiedere all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura, condizione necessaria affinché la garanzia continui ad operare. In alternativa Generali Italia potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale Generali Italia provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute. Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Ci sono limiti di copertura Somma Assicurata

Generali Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", copre le spese per prestazioni di assistenza a favore dell'Assicurato a fronte di idonei giustificativi di spesa (quali notule, fatture, ecc.) *entro il limite annuo di € 7.000* e fin quando sia operativa la presente copertura assicurativa, sempre che in questo periodo temporale perduri lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Compagnia, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza: 1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso Generali Italia si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso. Generali Italia si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

1. CONSULENZA MEDICA

In caso di malattia o infortunio, puoi chiedere un parere medico telefonico. Il parere medico è fornito sulla base delle informazioni che dai al medico. **Questo parere non è una diagnosi, non può sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante, e non può essere utilizzato per richiedere ai medici prescrizioni di farmaci ed esami diagnostici.**

Per le situazioni di emergenza è sempre necessario contattare il numero di emergenza del Paese in cui ci si trova. La prestazione è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

2. CONSULENZA SPECIALISTICA

In caso di malattia o infortunio, puoi chiedere un parere cardiologico, ginecologico, ortopedico, geriatrico, neurologico e pediatrico telefonico. Il parere medico è fornito sulla base delle informazioni che dai al medico. **Questo parere non**

è una diagnosi, non può sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante, e non può essere utilizzato per richiedere ai medici prescrizioni di farmaci ed esami diagnostici.

Per le situazioni di emergenza è sempre necessario contattare il numero di emergenza del Paese in cui ci si trova. La prestazione è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

3. CONSULENZA PER CHECK UP PERSONALIZZATO

In caso l'assicurato necessitasse di ricevere indicazioni per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati potrà contattare la Struttura Organizzativa che fornirà le informazioni sulla base della storia medica e dell'anamnesi familiare

4. SECOND OPINION

Puoi chiederci una seconda opinione medica se a seguito di un infortunio o malattia hai bisogno per approfondire il tuo problema di salute per il quale hai già una diagnosi o un approccio terapeutico impostato dal tuo medico ma hai un dubbio e vuoi avere un approfondimento o una seconda valutazione.

La Struttura Organizzativa ti fornisce questa prestazione tramite una rete di Medici e Centri Clinici specializzati.

Per l'erogazione della prestazione:

- a. Telefona ai numeri a tua disposizione e gli operatori della Struttura Organizzativa e spiega il problema di salute per il quale ti serve una seconda opinione.
- b. Invia i tuoi esami medici e diagnostici, con i dubbi che vuoi approfondire.
- c. La Struttura Organizzativa ti offrirà la possibilità di avere le consulenze mediche specialistiche di cui hai bisogno e invia i tuoi dati, i tuoi esami e i dettagli del tuo problema di salute a un Centro Medico qualificato.
- d. Il Centro Medico sulla base di ciò che hai inviato darà il proprio parere scritto e lo invierà alla nostra Struttura Organizzativa.
- e. La Struttura Organizzativa se necessario approfondisce il parere e una volta chiariti tutti gli aspetti ti comunica il parere ricevuto e ti aiuta a capirlo bene.

Nei casi più complicati la Struttura Organizzativa contatterà i medici che ti seguono in Italia.

5. TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA

Puoi essere trasferito verso un centro ospedaliero attrezzato in Italia, se sei ricoverato in un Istituto di cura della tua regione di residenza che i medici della Struttura Organizzativa, dopo aver analizzato il tuo caso e in accordo con il tuo medico curante, non ritengono adeguato alla cura della tua patologia.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa dovrà:

- organizzare il tuo trasporto in autoambulanza con un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto se i suoi medici lo ritengono necessario.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi con un massimale di € 1.500,00 per evento.

Attenzione!

Non verrà organizzata questa prestazione in caso di:

- malattia che, secondo la valutazione dei medici della Struttura Organizzativa, puoi curare nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza;
- malattie infettive, quando viaggiare viola le norme sanitarie nazionali o internazionali;
- malattie che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per mancanze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera stessa.

6. RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA

(Prestazione erogabile a seguito della prestazione "TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA")

Se vieni dimesso dopo la degenza e devi rientrare alla tua abitazione, la Struttura Organizzativa organizza il tuo rientro con il mezzo che i suoi medici in accordo con il tuo medico curante ritengono adatto alle tue condizioni.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

I mezzi di trasporto sono:

- il treno in prima classe e, se è necessario, il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto se i suoi medici lo ritengono necessario.

La Compagnia tiene a proprio carico i relativi costi con un massimale di € 700,00 per evento.

7. RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, purché situato in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea.

La Compagnia tiene a proprio carico i costi del trasporto entro il massimale di € 2.000,00 per evento.

Attenzione! La Compagnia non ti paga le spese per la cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

8. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Operativa solo in Italia

Puoi richiedere questa prestazione solo dopo aver avuto una CONSULENZA MEDICA.

Se sei in Italia e hai bisogno di una visita medica a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa manda un medico scelto e convenzionato a casa tua.

Quando nessun medico può intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa ti trasporta in autoambulanza verso il centro medico più vicino e specializzato.

Questa non è una prestazione in emergenza, in questo caso chiama il 118.

L'orario per l'erogazione della prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8,
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

9. INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO

Operativa solo in Italia

Se per una malattia e/o un infortunio vieni ricoverato in Istituto di Cura per almeno una notte e, nei 15 giorni successivi alle dimissioni hai bisogno di essere assistito da un infermiere quando rientri a casa tua, la Struttura Organizzativa ti procurerà un infermiere.

La Compagnia tiene a proprio carico l'onorario dell'infermiere fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.

10. INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Operativa solo in Italia

Se a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, hai bisogno di un fisioterapista, telefona alla Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa manderà un fisioterapista nel luogo in cui abiti.

La Compagnia tiene a proprio carico l'onorario del fisioterapista fino ad un massimo di Euro 500,00 per Sinistro e per Assicurato.

In caso di sinistro dovrai fornire alla Struttura Organizzativa il certificato di Pronto Soccorso o del medico specialista, attestante la diagnosi per la quale viene richiesto l'intervento del fisioterapista.

11. SEGNALAZIONE DI MEDICINALI CORRISPONDENTI ALL'ESTERO

Puoi richiedere informazioni sui medicinali quando ti trovi all'estero hai una malattia e/o ti sei infortunato, ed hai bisogno di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrati in Italia; in questo caso la Struttura Organizzativa ti segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti, disponibili sul posto.

12. ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Puoi avere un anticipo per le spese di prima necessità se hai avuto:

- un infortunio
- una malattia,
- furto, rapina, scippo o mancata consegna del bagaglio

e hai spese impreviste che non puoi pagare.

La Struttura Organizzativa anticipa per te, sul posto, le fatture fino ad un importo massimo di Euro 5.000,00.

Europ Assistance, quando il totale delle fatture supera 150,00 Euro, può decidere di anticiparti anche una cifra maggiore di denaro se puoi fornire una garanzia economica.

La Struttura Organizzativa ti garantisce l'Anticipo Spese di Prima Necessità se:

- il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui ti trovi
- dimostri di essere in grado di restituire la somma di denaro

Attenzione:

Entro un mese dalla data dell'anticipo, dovrai rimborsare la somma anticipata.

Se non lo farai, pagherai in più gli interessi secondo il tasso legale corrente.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

**800.880.880 per telefonate dall'Italia
oppure**

02.82.95.11.55 per telefonate dall'Italia e dall'Estero

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se non telefoni, la Struttura Organizzativa, Europ Assistance può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza. In questo caso si applica l'art. 1915 del Codice Civile

4.1.2 Livello di Protezione Totale

Che cosa è assicurato

INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

4.1.2 Livello di Protezione Totale

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

Generali Italia copre le spese di assistenza sotto citate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della polizza, e previa verifica da parte della stessa della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza". Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte di Generali Italia della predetta documentazione completa.

Conclusa la verifica Generali Italia provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato Generali Italia dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata. A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, Generali Italia potrà richiedere all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura, condizione necessaria affinché la garanzia continui ad operare. In alternativa Generali Italia potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale Generali Italia provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute. Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Ci sono limiti di copertura

Somma Assicurata

Generali Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", copre le spese per prestazioni di assistenza a favore dell'Assicurato a fronte di idonei giustificativi di spesa (quali notule, fatture, ecc.) *entro il limite annuo di € 10.000* e fin quando sia operativa la presente copertura assicurativa, sempre che in questo periodo temporale perduri lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Compagnia, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza: 1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso Generali Italia si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso. Generali Italia si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

1. CONSULENZA MEDICA

In caso di malattia o infortunio, puoi chiedere un parere medico telefonico. Il parere medico è fornito sulla base delle informazioni che dai al medico. **Questo parere non è una diagnosi, non può sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante, e non può essere utilizzato per richiedere ai medici prescrizioni di farmaci ed esami diagnostici.**

Per le situazioni di emergenza è sempre necessario contattare il numero di emergenza del Paese in cui ci si trova. La prestazione è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

2. CONSULENZA SPECIALISTICA

In caso di malattia o infortunio, puoi chiedere un parere cardiologico, ginecologico, ortopedico, geriatrico, neurologico e pediatrico telefonico. Il parere medico è fornito sulla base delle informazioni che dai al medico. **Questo parere non è una diagnosi, non può sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante, e non può essere utilizzato per richiedere ai medici prescrizioni di farmaci ed esami diagnostici.**

Per le situazioni di emergenza è sempre necessario contattare il numero di emergenza del Paese in cui ci si trova. La prestazione è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

3. CONSULENZA PER CHECK UP PERSONALIZZATO

In caso l'assicurato necessitasse di ricevere indicazioni per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati potrà contattare la Struttura Organizzativa che fornirà le informazioni sulla base della storia medica e dell'anamnesi familiare

4. SECOND OPINION

Puoi chiederci una seconda opinione medica se a seguito di un infortunio o malattia hai bisogno per approfondire il tuo problema di salute per il quale hai già una diagnosi o un approccio terapeutico impostato dal tuo medico ma hai un dubbio e vuoi avere un approfondimento o una seconda valutazione.

La Struttura Organizzativa ti fornisce questa prestazione tramite una rete di Medici e Centri Clinici specializzati.

Per l'erogazione della prestazione:

- f. Telefona ai numeri a tua disposizione e gli operatori della Struttura Organizzativa e spiega il problema di salute per il quale ti serve una seconda opinione.
- g. Invia i tuoi esami medici e diagnostici, con i dubbi che vuoi approfondire.
- h. La Struttura Organizzativa ti offrirà la possibilità di avere le consulenze mediche specialistiche di cui hai bisogno e invia i tuoi dati, i tuoi esami e i dettagli del tuo problema di salute a un Centro Medico qualificato.
- i. Il Centro Medico sulla base di ciò che hai inviato darà il proprio parere scritto e lo invierà alla nostra Struttura Organizzativa.
- j. La Struttura Organizzativa se necessario approfondisce il parere e una volta chiariti tutti gli aspetti ti comunica il parere ricevuto e ti aiuta a capirlo bene.

Nei casi più complicati la Struttura Organizzativa contatterà i medici che ti seguono in Italia.

5. TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA

Puoi essere trasferito verso un centro ospedaliero attrezzato in Italia, se sei ricoverato in un Istituto di cura della tua regione di residenza che i medici della Struttura Organizzativa, dopo aver analizzato il tuo caso e in accordo con il tuo medico curante, non ritengono adeguato alla cura della tua patologia.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa dovrà:

- organizzare il tuo trasporto in autoambulanza con un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto se i suoi medici lo ritengono necessario.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi con un massimale di € 1.500,00 per evento.

Attenzione!

Non verrà organizzata questa prestazione in caso di:

- malattia che, secondo la valutazione dei medici della Struttura Organizzativa, puoi curare nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza;
- malattie infettive, quando viaggiare viola le norme sanitarie nazionali o internazionali;
- malattie che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per mancanze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera stessa.

6. RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA

(Prestazione erogabile a seguito della prestazione "TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA")

Se vieni dimesso dopo la degenza e devi rientrare alla tua abitazione, la Struttura Organizzativa organizza il tuo rientro con il mezzo che i suoi medici in accordo con il tuo medico curante ritengono adatto alle tue condizioni.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

I mezzi di trasporto sono:

- il treno in prima classe e, se è necessario, il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto se i suoi medici lo ritengono necessario.

La Compagnia tiene a proprio carico i relativi costi con un massimale di € 700,00 per evento.

7. RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, purché situato in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea.

La Compagnia tiene a proprio carico i costi del trasporto entro il massimale di € 2.000,00 per evento.

Attenzione! La Compagnia non ti paga le spese per la cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

8. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Operativa solo in Italia

Puoi richiedere questa prestazione solo dopo aver avuto una CONSULENZA MEDICA.

Se sei in Italia e hai bisogno di una visita medica a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa manda un medico scelto e convenzionato a casa tua.

Quando nessun medico può intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa ti trasporta in autoambulanza verso il centro medico più vicino e specializzato.

Questa non è una prestazione in emergenza, in questo caso chiama il 118.

L'orario per l'erogazione della prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8,
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

9. INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO

Operativa solo in Italia

Se per una malattia e/o un infortunio vieni ricoverato in Istituto di Cura per almeno una notte e, nei 15 giorni successivi alle dimissioni hai bisogno di essere assistito da un infermiere quando rientri a casa tua, la Struttura Organizzativa ti procurerà un infermiere.

La Compagnia tiene a proprio carico l'onorario dell'infermiere fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.

10. INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Operativa solo in Italia

Se a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, hai bisogno di un fisioterapista, telefona alla Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa manderà un fisioterapista nel luogo in cui abiti.

La Compagnia tiene a proprio carico l'onorario del fisioterapista fino ad un massimo di Euro 500,00 per Sinistro e per Assicurato.

In caso di sinistro dovrai fornire alla Struttura Organizzativa il certificato di Pronto Soccorso o del medico specialista, attestante la diagnosi per la quale viene richiesto l'intervento del fisioterapista.

11. SEGNALAZIONE DI MEDICINALI CORRISPONDENTI ALL'ESTERO

Puoi richiedere informazioni sui medicinali quando ti trovi all'estero hai una malattia e/o ti sei infortunato, ed hai bisogno di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrati in Italia; in questo caso la Struttura Organizzativa ti segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti, disponibili sul posto.

12. ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Puoi avere un anticipo per le spese di prima necessità se hai avuto:

- un infortunio
- una malattia,
- furto, rapina, scippo o mancata consegna del bagaglio

e hai spese impreviste che non puoi pagare.

La Struttura Organizzativa anticipa per te, sul posto, le fatture fino ad un importo massimo di Euro 5.000,00.

Europ Assistance, quando il totale delle fatture supera 150,00 Euro, può decidere di anticiparti anche una cifra maggiore di denaro se puoi fornire una garanzia economica.

La Struttura Organizzativa ti garantisce l'Anticipo Spese di Prima Necessità se:

- il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui ti trovi
- dimostri di essere in grado di restituire la somma di denaro

Attenzione:

Entro un mese dalla data dell'anticipo, dovrai rimborsare la somma anticipata.

Se non lo farai, pagherai in più gli interessi secondo il tasso legale corrente.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

**800.880.880 per telefonate dall'Italia
oppure**

02.82.95.11.55 per telefonate dall'Italia e dall'Estero

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se non telefoni, la Struttura Organizzativa, Europ Assistance può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza. In questo caso si applica l'art. 1915 del Codice Civile

4.2 Opzione 2 - FARMACI

Che cosa è assicurato

4.2.1 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.

COMPARTICIPAZIONE 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).

4.2.2 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.

COMPARTICIPAZIONE 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).

4.3 Opzione 3 – LENTI ED OCCHIALI

Che cosa è assicurato

4.3.1 Livello di Protezione Alta

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Generali Italia provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale di € 130,00 per anno e per persona.

Presso ottici convenzionati è prevista **l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per occhiale.**

Presso ottici non convenzionati è prevista **l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per occhiale.**

E' prevista una carenza di 45 giorni.

ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di ottici convenzionati.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

La presente garanzia prevede un massimale illimitato in favore degli Assistiti.

Le spese sostenute vengono rimborsate da Generali Italia, con applicazione di una franchigia fissa specifica, come indicato nella tabella seguente.

LENTI E MATERIALI OTTICI	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 15,90
Giornaliere 90 lenti	€ 42,08
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 21,51
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 56,10
Settimanali 6 lenti	€ 17,77
Mensili 1 lente	€ 5,61
Mensili 3 lenti	€ 14,03
Mensili 6 lenti	€ 25,25
Mensili toriche 3 lenti	€ 32,73
Mensili toriche 6 lenti	€ 65,45
Morbide annuali (alla coppia)	€ 70,13
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 168,30
Rigide (alla coppia)	€ 187,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 117,81
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 20,57

Soluzione salina	€ 1,87
Perossido	€ 0,39
Soluzione unica	€ 4,68
Detergente	€ 6,55
Collirio	€ 6,55
Enzimi	€ 9,35
Lenti organiche bianche	€ 19,64
Lenti organiche antiriflesso	€ 49,56
Lenti organiche 1,67 ar	€ 75,74
Lenti organiche 1,74 ar	€ 145,86
Lenti lantanio ar	€ 107,53
Lenti progressive	€ 140,25
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 18,70
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 23,38
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 39,27
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 65,45
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 93,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 98,18
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 65,45
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 116,88
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 102,85
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 135,58
Monofocale in vetro non trattata	€ 18,70
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 37,40
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 32,73
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 28,05
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 65,45
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 42,08
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 60,78
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 140,25
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 187,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 84,15
Montatura glosant (a giorno)	€ 121,55

4.3.2 Livello di Protezione Totale

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Generali Italia provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale di € 150,00 per anno e per persona. E' prevista una carenza di 45 giorni

Presso ottici convenzionati è prevista **l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per occhiale.**

Presso ottici non convenzionati è prevista **l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per occhiale.**

ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di ottici convenzionati.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

La presente garanzia prevede un massimale illimitato in favore degli Assistiti.

Le spese sostenute vengono rimborsate da Generali Italia, con applicazione di una franchigia fissa specifica, come indicato nella tabella seguente.

LENTI E MATERIALI OTTICI	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 14,45
Giornaliere 90 lenti	€ 38,25
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 19,55
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 51,00
Settimanali 6 lenti	€ 16,15
Mensili 1 lente	€ 5,10
Mensili 3 lenti	€ 12,75
Mensili 6 lenti	€ 22,95
Mensili toriche 3 lenti	€ 29,75
Mensili toriche 6 lenti	€ 59,50
Morbide annuali (alla coppia)	€ 63,75
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 153,00
Rigide (alla coppia)	€ 170,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 107,10
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 18,70
Soluzione salina	€ 1,70
Perossido	€ 0,35
Soluzione unica	€ 4,25
Detergente	€ 5,95
Collirio	€ 5,95
Enzimi	€ 8,50
Lenti organiche bianche	€ 17,85
Lenti organiche antiriflesso	€ 45,05
Lenti organiche 1,67 ar	€ 68,85
Lenti organiche 1,74 ar	€ 132,60
Lenti lantanio ar	€ 97,75
Lenti progressive	€ 127,50

Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 17,00
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 21,25
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 35,70
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 59,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 85,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 89,25
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 59,50
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 106,25
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 93,50
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 123,25
Monofocale in vetro non trattata	€ 17,00
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 34,00
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 29,75
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 25,50
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 59,50
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 38,25
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 55,25
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 127,50
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 170,00
Montatura celluloidi e/o metallo	€ 76,50
Montatura glosant (a giorno)	€ 110,50

4.4 Opzione 4 – MEDICINA ALTERNATIVA

Che cosa è assicurato

4.4.1 Livello di Protezione Alta

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- *agopuntura effettuata da medico;*
- *osteopatia;*
- *chiropratica;*

sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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.

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Generali Italia le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate

per un massimo di € 35 per seduta.

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per un massimo di € 35 per seduta

4.4.2 Livello di Protezione Totale

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordinisti Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica;

sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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 € 550.

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Generali Italia le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate per un massimo di € 35 per seduta.

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per un massimo di € 35 per seduta.

4.5 Opzione 5 – MEDICINA ESTETICA

Che cosa è assicurato

4.5.1 Livello di Protezione Alta

Generali Italia provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;

- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami.

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 45 giorni successivi all'intervento chirurgico e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico

Interventi

Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate

Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

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 € 3500.

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Generali Italia le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate con una franchigia di 350 € per evento.

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento.

4.5.2 Livello di Protezione Totale

Generali Italia provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;

- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami.

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 45 giorni successivi all'intervento chirurgico e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico

Interventi

Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate
Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

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 € 5000.

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Generali Italia le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate con una franchigia di 350 € per evento.

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con la Compagnia, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento.

4.6 Opzione 6 – SCOPERTI E FRANCHIGIE

Che cosa è assicurato

Generali Italia provvede al rimborso entro i limiti di seguito elencati degli scoperti e delle franchigie definiti ai rispettivi articoli del Piano Sanitario BASE del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, con esclusione di:

- spese non rimborsate per eccedenza dei massimali previsti dalle singole garanzie oppure per superamento dei limiti di indennizzo, nel caso di applicazione di plafond, ove previsti;
- prestazioni non rimborsabili ai sensi della presente assicurazione;
- scoperti e franchigie per prestazioni effettuate in Strutture Convenzionate con la Compagnia, comprese quelle indicate nell'Elenco Cliniche TOP, senza attivazione della forma diretta, quando possibile;
- scoperti e franchigie relativi alle Opzioni Integrative .

Ci sono limiti di copertura

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

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

MASSIMALI ANNUI PER PERSONA

Massimale A € 250,00

Massimale B € 500,00

Massimale C € 750,00

Massimale D € 1.000,00

Art. 5 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

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

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

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

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

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

Opzione	Livello di protezione	MASSIMALI	Scoperti/ franchigie
Opzione 1 - NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI	ALTA	7.000 €	

Opzione 1 - NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI	TOTALE	10.000 €	
Opzione 2 - FARMACI	ALTA	350 €	scoperto del 25%
Opzione 2 - FARMACI	TOTALE	500 €	scoperto del 25%
Opzione 3 – LENTI ED OCCHIALI	ALTA	130 €	Rete: € 15 Fuori Rete: € 30 ALTRE VOCI (VEDASI TABELLA)
Opzione 3 – LENTI ED OCCHIALI	TOTALE	150 €	Rete: € 15 Fuori Rete: € 30 ALTRE VOCI (VEDASI TABELLA)
Opzione 4 – MEDICINA ALTERNATIVA	ALTA	350 €	Rete: un massimo di € 35 per seduta. Fuori Rete: un massimo di € 35 per seduta.
Opzione 4 – MEDICINA ALTERNATIVA	TOTALE	550 €	Rete: un massimo di € 35 per seduta. Fuori Rete: un massimo di € 35 per seduta.
Opzione 5 – MEDICINA ESTETICA	ALTA	3.500 €	Rete: € 350 Fuori Rete: 25% minimo € 1.000
Opzione 5 – MEDICINA ESTETICA	TOTALE	5.000 €	Rete: € 350 Fuori Rete: 25% minimo € 1.000
Opzione 6 – SCOPERTI E FRANCHIGIE	Massimale A Massimale B Massimale C Massimale D	250 € 500 € 750 € 1.000 €	



Che cosa NON è assicurato?

Art. 6 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 previa applicazione, a partire dall'anno successivo al compimento dell'85° anno, della maggiorazione del 25% del premio.



Ci sono limiti di copertura?

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 Istituti 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.



Quando e come devo pagare?

Art. 13 Modalità di Adesione Pagamento del Premio Variazione della copertura in corso d'anno

Si prevede la scelta libera delle 6 Opzioni presenti nella convenzione esclusivamente al momento dell'attivazione della presente copertura assicurativa, 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 nelle Opzioni da 1 a 6 sono da intendersi comunque al 100%. Fatti salvi i termini di aspettativa indicati nelle Opzioni da 1 a 6 (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 nelle Opzioni da 1 a 6 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 dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2024 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento e avrà scadenza alle ore 00:00 del giorno 01/01/2026.

Il presente contratto ha la durata di 2 (due) anni dalla data di decorrenza; lo stesso s'intende in ogni caso cessato alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

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 che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 1).

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

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 l'App "My Generali". Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

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

Art. 17 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. 18 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. 19 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.

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

Attivazione della Centrale Operativa

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

- Telefonico: chiamando dall'Italia il numero verde **800.590.590** o dall'estero al **+39.02.82951111**, **dal lunedì al venerdì, dalle 7:00 alle 20:00**
- Tramite portale Web raggiungibile all'indirizzo <https://areaclienti.generalitalia.it>
- Tramite l'App My Generali

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

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 48 ore successive** autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

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

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

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata (ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

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

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

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

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni attraverso la compilazione dell'apposito modulo .

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

Prestazioni pre e post ricovero

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

Welion card - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

In caso di prestazioni non previste dalla Polizza oppure qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi comunque un centro clinico o studio odontoiatrico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia tramite la Welion Card. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete". La Welion Card è disponibile nell'area riservata del portale di Generali oppure nell'App My Generali.

Lenti e occhiali

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

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

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Opzioni attivate per la polizza n. 430363187 - Contraente Cassa UniCA

L'assicurazione è prestata per la sola **Opzione 1 -NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI (SOLO PER I FAMILIARI)-**

Fermo il resto.

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.