

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.Gruppo Unicredit - ed.12/2025)

UNI.CA Cassa Assistenza / PLUS – 430363180



ART. 1 DEFINIZIONI

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto GeneraSalute RSM (Mod. M85/854).
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Carenza/termini di aspettativa	Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto
Ciclo di cura	Il totale delle sedute prescritte/effettuate per singola tipologia di terapia prevista per sede anatomica ed inviate in un'unica soluzione.
Condizioni di assicurazione (CDA)	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata, quindi senza pernottamento.
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace
Evento/Data Evento	Prestazioni Ospedaliere - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio. Prestazioni Extraospedaliere - la data del sinistro è quella in cui si è verificata la prestazione; per la polizza Opzione 1 Integrativa LTC "Non autosufficienza e Servizi assistenziali" il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il sopravvenuto stato di non autosufficienza.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via 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.
LTC - Long Term Care	Piano assicurativo che copre i costi derivanti dall'impossibilità di compiere le normali attività della vita quotidiana a seguito di non autosufficienza.
Lungodegenza	Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non

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

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

Art. 2 Assicurati

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in servizio presso una sede in Italia con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A.

L'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari di seguito specificati:

- gratuitamente, per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;

- con versamento del relativo premio per:

1) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);

2) i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia, a cui sono equiparati i figli non fiscalmente a carico risultanti sullo stato di famiglia dell'altro genitore separato o divorziato;

3) gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia compresi i figli del solo coniuge/convivente more uxorio;

4) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi che non abbiano compiuto 35 anni alla

data di inserimento in copertura, non coniugati e non conviventi more uxorio (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi);

5) i genitori ultrasessantenni non conviventi (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 1), 2) e 3) l'inclusione dovrà riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruitori di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal predetto obbligo).

Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro fuori dall'Italia, il dipendente in servizio assicurato si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, l'Assicurazione resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi.

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, può essere sempre incluso in garanzia, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal dipendente in servizio assicurato.

Nel caso in cui gli Assicurati aderiscano alla presente assicurazione in corso di validità del contratto - purché espressamente consentito dalle Condizioni di Assicurazione (ad esempio: matrimonio, nuove nascite, ecc.) - è operante il massimale annuo previsto per ciascun nucleo familiare.

L'Assicurazione è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato;

- senza limitazioni territoriali;

- sino al termine dell'annualità (31 dicembre) in cui è avvenuto il compimento del 85° anno di età dell'Assicurato, salvo quanto stabilito dall'Art. 6 "Permanenza in assicurazione – Limiti di età".



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e verificatisi nell'anno assicurativo.

Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi e/o nell'art. 5 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

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

Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal SSN per la prestazione effettuata Generali Italia rimborserà l'intero importo.

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute di seguito indicate, purché conseguenti ad infortunio, malattia o parto, indennizzabili a termini di contratto, direttamente o indirettamente (in rete convenzionata o in applicazione del regime rimborsuale), dall'Assicurato aderente al Piano Sanitario collettivo PLUS.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che è necessario che ciascuna richiesta di indennizzo sia accompagnata da documentazione medica da cui si possa evincere il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è sufficiente l'indicazione del solo sintomo (es. lombalgia,

sciatalgia, cervicalgia, astenia, etc.). Le prestazioni sanitarie non giustificate da alcun quesito diagnostico/diagnosi o patologia non sono indennizzabili, né lo sono le prestazioni con finalità di prevenzione e/o controllo, eccezion fatta per quelle oggetto di specifica Area Prevenzione:

AREA RICOVERI

Generali Italia garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni di seguito indicate, fino a concorrenza della somma complessiva di 150.000 euro per nucleo familiare e per anno assicurativo. Ferma l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie previsti dalle singole prestazioni. Il predetto massimale s'intende elevato ad 300.000 euro nei soli casi di interventi chirurgici riportati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" (Allegato 3).

Inoltre, Generali Italia, in caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati" (allegato 2), rimborsa le spese ivi sostenute fino a concorrenza delle somme indicate nella precitata Tabella. In caso di intervento chirurgico plafonato (per il quale cioè è previsto uno specifico limite massimo di indennizzo) effettuato in forma diretta non è prevista applicazione di scoperti e/o franchigie previsti per i ricoveri con intervento chirurgico.

I sottolimiti di rimborso di cui alla Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati" (allegato 2), sono riferiti, esclusivamente, alle spese sostenute durante il periodo di ricovero comportante l'intervento chirurgico. Gli eventuali scoperti o franchigie previsti per le singole prestazioni saranno applicati una sola volta sull'ammontare complessivo delle spese sostenute per il ricovero con intervento chirurgico, considerando tali la spesa sostenuta per il ricovero e le eventuali prestazioni sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chirurgico nei termini previsti dal presente art. "Area ricoveri".

Nel caso in cui il ricovero contempli più di un intervento chirurgico individuabile nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati" (allegato 2), Generali Italia corrisponderà l'indennizzo al 100% fino a concorrenza dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e al 70% fino a concorrenza degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

Con riferimento agli "interventi plafonati" (allegato 2), nel caso in cui il preventivo della struttura scelta dall'assicurato sia superiore al limite di indennizzo previsto dalla presente copertura assicurativa, sono individuate, se disponibili sul territorio, almeno due strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione con costi di convenzionamento inferiori al limite di indennizzo.

PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTO DI CURA

4.1) In caso di ricovero con intervento chirurgico, vengono rimborsate le spese relative a:

- 4.1.1 onorari équipe medica, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato, relativi al periodo di ricovero con intervento chirurgico;
- 4.1.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 4.1.3 rette di degenza: - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati); - fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
- 4.1.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- 4.1.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 4.1.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 4.1.7 assistenza infermieristica privata individuale;
- 4.1.8 nel caso di trapianto, si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

4.2) In caso di ricovero senza intervento chirurgico (ricovero medico), vengono rimborsate le spese, fino ad un limite massimo di 5 giorni di ricovero per un massimo di 3 ricoveri anno/persona, relative a:

- 4.2.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 4.2.2 rette di degenza: - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati); - fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;

- 4.2.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- 4.2.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 4.2.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 5 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

4.3) In caso di ricovero in regime di Day Hospital con intervento chirurgico, vengono rimborsate le spese relative a:

- 4.3.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- 4.3.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 4.3.3 rette di degenza: - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati); - fino a concorrenza di 250 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
- 4.3.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- 4.3.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 4.3.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 4.3.7 assistenza infermieristica privata individuale.

4.4) In caso di ricovero in regime di Day Hospital senza intervento chirurgico, vengono rimborsate le spese relative a:

- 4.4.1 l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 4.4.2 rette di degenza - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati); - fino a concorrenza di 250 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
- 4.4.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- 4.4.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo; Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si specifica che la Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) è equiparata ad Day Hospital nel caso in cui sia esibita la cartella clinica o la scheda di dimissione ospedaliera o un documento equivalente.

4.5) In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, vengono rimborsate le spese relative a:

- 4.5.1 gli onorari équipe, gli eventuali diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- 4.5.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
- 4.5.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;
- 4.5.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;
- 4.5.5 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso.

4.6) In caso di parto cesareo/aborto terapeutico, vengono rimborsate le spese relative a:

- 4.6.1 onorari équipe, i diritti di sala parto, il materiale di intervento;
- 4.6.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 4.6.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;

4.6.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel *submassimale di 1.000,00 euro* per anno e per nucleo;

4.6.5 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

4.6.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

4.6.7 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

4.6.8 l'assistenza ostetrica (durante il periodo di ricovero e nei giorni precedenti e successivi ad esso). Le prestazioni vengono rimborsate nel *submassimale di € 1.500,00* per anno e per nucleo;

Le spese di cui ai punti 4.6.1, 4.6.2, 4.6.3 e 4.6.4 vengono rimborsate nel limite *massimo di 6.000 euro* per nucleo e per anno.

In caso di parto cesareo richiesto per volere della madre, e pertanto non conseguente a patologie della stessa o del nascituro che lo renderebbero necessario, si applicano le condizioni del parto fisiologico.

4.7) In caso di parto fisiologico, vengono rimborsate le spese relative a:

4.7.1 onorari équipe, i diritti di sala parto;

4.7.2 l'assistenza medico-infermieristica e ostetrica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

4.7.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;

4.7.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel *submassimale di 1.000,00 euro* per anno e per nucleo;

4.7.5 accertamenti diagnostici ed onorari per visite specialistiche e ostetriche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

4.7.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e ostetriche, cure, effettuate nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal parto.

Le spese di cui ai punti 4.7.1, 4.7.2, 4.7.3 e 4.7.4 vengono rimborsate nel *limite massimo di 3.000 euro* per nucleo e per anno.

4.8) In caso di intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma), vengono rimborsate le spese relative a:

4.8.1 onorari medico specialista, implantologia dentale, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;

4.8.2 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;

4.8.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta (l'importo si riduce a 250 euro giornaliere, in caso di ricovero in regime di Day Hospital).

Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta.

4.8.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 4.8.1, 4.8.2, 4.8.3 e 4.8.4, vengono rimborsate nel *limite massimo di 10.000 euro* per nucleo e per anno.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

4.9) In caso di miopia con differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie (purché non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie, vengono rimborsate le spese relative a:

4.9.1 intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

4.9.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

4.9.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta (l'importo si riduce a 250 euro giornalieri, in caso di ricovero in regime di Day Hospital);
Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
4.9.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;
4.9.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche effettuati nei 100 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

4.10) In caso di intervento chirurgico a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia, per il relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso il supporto psicologico, vengono rimborsate le spese relative a:

4.10.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
4.10.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
4.10.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
4.10.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero;
4.10.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti 4.10.1, 4.10.2, 4.10.3, 4.10.4 e 4.10.5 vengono rimborsate nel limite massimo di 5.000 euro per nucleo e per anno.

4.11) In caso di ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione postchirurgica, vengono rimborsate le spese relative a:

4.11.1 assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
4.11.2 rette di degenza:
- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.
Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
4.11.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
4.11.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
4.11.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

4.12) In caso di ricovero senza intervento chirurgico per Gravi Eventi Morbosi elencati nell'allegato n. 4, vengono rimborsate le spese relative a:

4.12.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
4.12.2 rette di degenza:
- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.
Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta;
4.12.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;
4.12.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
4.12.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

4.13) In caso di ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza, qualora:

- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica nell'ambito del medesimo ricovero e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni;

- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e ulteriore ricovero presso altro istituto di Cura specializzato in riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni; vengono rimborsate le seguenti spese erogate presso strutture sanitarie dedicate:

4.13.1 Onorari medici, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

4.13.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 200 euro giornalieri per i primi 6 mesi e di 150,00 euro per i successivi mesi di permanenza, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Tale previsione si applica a partire dal 31° giorno di degenza complessiva; sino al 30° giorno di degenza complessiva, saranno applicate le previsioni relative alle rette di degenza di cui al ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie sia in caso di ricovero in forma diretta che in forma indiretta.

Qualora la degenza riabilitativa venga effettuata in strutture sanitarie non dedicate alla lungodegenza, a partire dal 31° giorno di degenza complessiva verranno rimborsate rette di degenza fino a concorrenza di 100 euro giornalieri, per i ricoveri effettuati sia in forma diretta che indiretta.

Nei casi in cui non siano presenti strutture sanitarie dedicate alla lungodegenza:

- entro 50 Km dalla residenza/domicilio dell'Assicurato;
- oppure, se il ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica è avvenuto in altra città rispetto a quella di residenza/domicilio e l'Assicurato decida di proseguire il ricovero nella stessa città, entro 50 Km dal luogo in cui si trova la struttura sanitaria in cui è avvenuto il predetto ricovero, saranno applicate le previsioni di cui al punto 13.2 rette di degenza del ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza.

Generali Italia copre anche le spese per i seguenti interventi di chirurgia plastica, avvenuti in vigenza di polizza, nei seguenti casi:

- 1) interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 3 anni;
- 2) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
- 3) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) indennizzabili come da polizza;
- 4) interventi di adeguamento contro laterale relativi a intervento chirurgico a scopo ricostruttivo eseguito a seguito di mastectomia o quadrantectomia

Le spese per gli interventi di cui ai punti 1) 2) e 3) vengono indennizzate ai sensi dell'art.4.1. Le spese per gli interventi di cui ai punti 4) vengono indennizzate ai sensi di quanto disposto al precedente art. 4.10.

4.14) Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sanitarie di cui ai precedenti artt. da 4.1 a 4.13 avviene con le seguenti modalità.

Ricoveri effettuati in forma diretta

La liquidazione avviene con le seguenti modalità:

4.1): applicazione di una franchigia di 1.500 euro per ricovero;

4.2): applicazione di una franchigia di 500 euro per ricovero;

4.3) e 4.4): applicazione di una franchigia di 300 euro per ricovero;

4.5): applicazione di una franchigia di 250 euro per evento;

4.6) e 4.7): non viene applicata alcuna franchigia;

4.8) e 4.9): applicazione di una franchigia di 400 euro per ricovero;

4.10): applicazione di una franchigia di 1.000 euro per ricovero;

4.11), 4.12) e 4.13): applicazione di una franchigia di 350 euro per ricovero.

Le franchigie sopra indicate, ove previste, si applicano anche alle prestazioni sanitarie precedenti e successive al ricovero, nel caso in cui non siano effettuate in regime di convenzione diretta.

In caso di intervento chirurgico compreso nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”: franchigia 1.000 euro per ricovero.

Ricoveri effettuati in forma indiretta

La liquidazione avviene con le seguenti modalità:

- 4.1): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 2.500 euro per ricovero;
- 4.2): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 2.000 euro per ricovero;
- 4.3): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.750 euro per ricovero
- 4.4) e 4.9): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.300 euro per ricovero;
- 4.5): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 850 euro per intervento;
- 4.6) e 4.7): non viene applicato alcuno scoperto;
- 4.8) applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di 1.500 euro per intervento;
- 4.10): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di 1.000 euro per intervento;
- 4.11), 4.12) e 4.13): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.500 euro per ricovero.

In caso di intervento chirurgico compreso nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”: scoperto del 20%.

Ricoveri effettuati in forma mista

Il regime misto è accessibile al ricorrere delle seguenti circostanze:

- struttura sanitaria convenzionata e prestazione effettuata da medici/equipe medica non convenzionata
- struttura sanitaria convenzionata e prestazione non convenzionata

In questo caso si applicano:

- le condizioni previste per la forma diretta, con riferimento ai costi della struttura sanitaria convenzionata;
- le condizioni previste per la forma indiretta, con riferimento alle prestazioni effettuate da medici non convenzionati/équipe medica non convenzionata e/o alle prestazioni non convenzionate.

4.15) Diaria sostitutiva

Che cosa è assicurato

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate precedenti artt. da 4.1 a 4.13 (fatta eccezione per quelle di cui al punto 4. 5) siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale quello comprendente il pernottamento) pari a:

- 50 euro giornalieri per i ricoveri con intervento chirurgico;
- 50 euro giornalieri per i ricoveri senza intervento chirurgico;
- 50 euro euro giornalieri in caso di grande intervento chirurgico (indicato nell'apposito elenco).

Inoltre, nei casi di ricovero in regime di Day Hospital di cui alla precedente artt 4.3), 4.4), 4.8) e 4.9), che si sia esaurito in giornata, viene corrisposta un'indennità sostitutiva pari a:

- 40 euro giornalieri per i ricoveri con intervento chirurgico;
- 30 euro giornalieri per i ricoveri senza intervento chirurgico .

Le indennità giornaliere del presente paragrafo sono corrisposte nel limite massimo di 180 giorni per persona e per anno e non sono previste per le prestazioni disciplinate nel successivo art.4.46 dell'“Area prestazioni accessorie”.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria e per la procreazione medicalmente assistita.

Generali Italia rimborsa in ogni caso le prestazioni sostenute precedentemente e successivamente il ricovero – indennizzabili a termini di contratto – nel rispetto di quanto disposto nei precedenti artt, dall 4.1 al 4.13 senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia le spese sostenute vengono rimborsate secondo quanto indicato nei precedenti artt.dal 4.1 al 4.13, con l'applicazione degli scoperti di cui alle voci relative ai ricoveri effettuati in forma indiretta.

4.16) Accompagnatore

Che cosa è assicurato

Con riferimento alle prestazioni di cui ai precedenti artt. dal 4.1 al 4.12 vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e le spese di trasporto per un accompagnatore dell'Assicurato, con il limite giornaliero di 60 euro e con un massimo di 30 giorni per nucleo e per anno. Tale garanzia non è operante per i ricoveri effettuati a totale carico del SSN disciplinati alla precedente art. 4.15.

La presente prestazione è rimborsata limitatamente ai casi disciplinati ai precedenti artt.dal 4.1 al 4.12 (esclusi i punti 4.8, 4.9).

4.17) Trasporto Sanitario

Che cosa è assicurato

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato in un Istituto di cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di polizza, e da un Istituto di cura ad un altro, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto anche non sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero. In quest'ultimo caso, qualora venga utilizzata un'auto propria, sono rimborsate le spese sostenute per pedaggi e consumo di carburante contro presentazione dei relativi giustificativi di spesa. Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo *avviene entro il limite di 2.000 euro* per nucleo e per anno.

La presente prestazione è rimborsata limitatamente ai casi disciplinati ai precedenti artt.dal 4.1 al 4.13 (esclusi i punti 4.5, 4.8, 4.9).

AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE, SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI

4.18) Cure e diagnostica di alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, *entro il limite massimo di 5.000 euro* per nucleo e per anno, le prestazioni di “alta specializzazione” di cui al seguente elenco.

Alta Diagnostica

- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia

Terapie

- Alcoolizzazione
- Dialisi
- Laserterapia (esclusa se effettuata a fini chirurgici e riabilitativi; per quest'ultimi, è comunque compresa quella effettuata per patologie in forma acuta entro il limite massimo di 18 sedute)

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che laddove la laserterapia sia effettuata per eliminare o ridurre la persistenza di dolore a seguito di intervento chirurgico in esiti di frattura, si è in presenza di uno stato patologico "in forma acuta", e pertanto indennizzabile ai sensi di polizza.

Accertamenti endoscopici

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia

La presente garanzia è operante anche nel caso in cui l'accertamento endoscopico richieda, contestualmente – a completamento dell'analisi – prelievo biotico.

Gli interventi effettuati tramite endoscopia sono rimborsati esclusivamente nell'ambito e nei termini previsti per gli "interventi chirurgici ambulatoriali".

4.19) Test genetici prenatali non invasivi su dna fetale

Che cosa è assicurato

Generali Italia, entro il limite per nucleo e per anno di cui all'art.4.18, le spese sostenute per test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (es. Harmony test, Prenatal Safe, ecc.).

La presente garanzia verrà riconosciuta se effettuata da Assicurati a partire dai 30 anni di età o se prescritta a seguito di patologia in essere o sospetta. In assenza di patologia in essere o sospetta, viene comunque accettata l'indicazione "ricerca di alterazioni cromosomiche", ove assistita da elementi oggettivi di evidenza di rischio potenziale.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista. Le prestazioni di cui ai precedenti artt. 4.18 e 4.19 vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l'applicazione di:

- una franchigia di 33 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e purché relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 50% per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 60% con il minimo di 90 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 70% con il minimo di 120 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" (allegato 5) senza attivazione della forma diretta. Tali prestazioni sono liquidate anche in tutti i casi in cui il medico si reca al domicilio dell'Assicurato nei casi in cui quest'ultimo sia impossibilitato a muoversi (elemento che deve essere certificato dal medico curante o dalla struttura medica che lo aveva in cura), e nel caso di visite specialistiche in età pediatrica (sino ai 14 anni di età del bambino).

4.20) Diagnostica ordinaria e Visite specialistiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa inoltre *fino a concorrenza di 3.000 euro* per nucleo e per anno:

1. analisi ed esami diagnostici, con esclusione di quelli elencati agli artt. 4.18 4.19 della presente "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione dell'accertamento;
2. onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In quest'ultimo caso, le predette visite vengono rimborsate purché conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della visita.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che laddove un intervento chirurgico ambulatoriale sia immediatamente preceduto da una visita eseguita dal medesimo professionista che esegue l'intervento, tesa a verificare le condizioni dell'assicurato e l'esistenza delle condizioni di procedibilità per l'intervento, questa fa parte dell'intervento ambulatoriale stesso e non può essere liquidata autonomamente.

Ai fini del rimborso delle visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Si precisa inoltre che gli atti medici (ad esempio le infiltrazioni) prevedono l'indennizzo della sola prestazione del medico e non anche del farmaco, il cui costo resta a carico dell'Assicurato. Si precisa che sono rimborsabili anche le visite specialistiche (anche più di una) e gli accertamenti diagnostici effettuati per accertare lo stato patologico dell'assicurato (malattia mentale/psichiatrica) e supportate da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista. Le prestazioni di cui al presente articolo vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l'applicazione di:

- *una franchigia di 33 euro per fattura* (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e purché relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate (per le prestazioni di diagnostica ordinaria di cui al precedente punto 1);
- *una franchigia di 25 euro per fattura* (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e purché relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate (per visite specialistiche di cui al precedente punto 2);
- *uno scoperto 30% con il minimo di 60 euro per fattura* (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- *uno scoperto 45% con il minimo di 90 euro per fattura* (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- *uno scoperto 60% con il minimo di 120 euro per fattura* (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'“Elenco Cliniche TOP” (allegato 5) senza attivazione della forma diretta. Tali prestazioni sono liquidate anche in tutti i casi in cui il medico si reca al domicilio dell'Assicurato nei casi in cui quest'ultimo sia impossibilitato a muoversi (elemento che deve essere certificato dal medico curante o dalla struttura medica che lo aveva in cura), e nel caso di visite specialistiche in età pediatrica (sino ai 14 anni di età del bambino).

4.21) Cure oncologiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia, *fino a concorrenza di 11.000 euro* per nucleo e per anno, le prestazioni legate a patologie oncologiche sostenute per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- radioterapia;
- altre terapie finalizzate alle cure oncologiche;
- visite specialistiche.

Ai fini dell'indennizzo delle terapie e visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata. Qualora le suindicate prestazioni siano contemplate anche nelle precedenti artt. 4.18 e 4.20 della presente “Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali”, in caso di rimborso delle prestazioni, si procederà - in primo luogo – ad erogare il massimale previsto per la presente garanzia “Cure oncologiche”.

Ad esaurimento del predetto massimale, verrà utilizzato quello previsto per i suddetti artt. 4.18 e 4.19. La presente garanzia non è operante nel caso in cui le cure oncologiche siano effettuate in regime di ricovero, anche in day hospital. Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che le visite specialistiche per follow up oncologico sono liquidate nell'ambito della presente garanzia per un periodo massimo di 10 anni dalla data di insorgenza della patologia.

4.22) Prestazioni fisioterapiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia copre, *fino a concorrenza di 1.400 euro* per nucleo e per anno, le spese sostenute per fisioterapia esclusivamente presso Centri Medici, effettuata da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo a seguito di:

- Infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
- ictus cerebrale;
- neoplasie;
- forme neurologiche degenerative e omeoplastiche; a titolo esemplificativo: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale;
- forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare;
- interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti.

Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista, che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo. Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa, si precisa che le prestazioni fisioterapiche prescritte a seguito di Ricovero necessarie per recuperare la salute sono erogate con le modalità e i limiti descritti all'interno delle "Prestazioni connesse a ricoveri effettuati in Istituto di Cura" dagli artt. 4.1 a 4.13 e all'art. 4.14 "Precisioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero".

In tali circostanze pertanto l'Assicurato non può usufruire della presente garanzia, che opera invece nei casi in cui la fisioterapia sia prescritta direttamente come terapia da eseguire a seguito di uno degli eventi sopra indicati.

Ci sono limiti di copertura

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione del medico specialista e con l'applicazione di:

- una franchigia di 40 euro per ogni ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 50% per ogni ciclo di cura, se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 60% con il minimo di 90 euro per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 70% con il minimo di € 120 euro per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" (allegato 5) senza attivazione della forma diretta. Al fine dell'applicazione di un unico scoperto o franchigia, la richiesta di rimborso deve essere presentata dall'Assicurato al termine del ciclo di cura.

Con riferimento alle casistiche di cui sopra e previa prescrizione medica, alternativamente all'erogazione presso una Struttura sanitaria convenzionata, l'Assicurato può richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire delle prestazioni direttamente presso il proprio domicilio.

In questo caso le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di 20 euro ad accesso.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che:

- le prestazioni fisioterapiche eseguite da medico specializzato (ad esempio in fisiokinesiterapia) sono rimborsabili anche se non sono rese presso centri medici;
- le prestazioni fisioterapiche eseguite da fisioterapista sono rimborsabili solo se rese presso centri medici dotati di direzione sanitaria (posti dunque sotto il governo di un medico).

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le terapie effettuate in centri fitness o estetici.

4.23) Logopedia

Che cosa è assicurato

Generali Italia copre, fino a concorrenza di 1.000 euro per nucleo e per anno, le spese sostenute per logopedia a seguito di infortunio (documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della logopedia) o di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

Ci sono limiti di copertura

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con applicazioni di:

- una franchigia di 40 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di 60 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 40% con il minimo di 120 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" (allegato 5) senza attivazione della forma diretta.

4.24) Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (dsa)

Che cosa è assicurato

Generali Italia copre, fino a concorrenza di 1.500 euro per nucleo e per anno per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM – 5, oppure fino a concorrenza di 500 euro per nucleo e per anno per i casi definiti lievi, secondo DSM – 5, le spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), secondo quanto previsto dal DSM – 5, a condizione che:

-la diagnosi sia certificata da medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale accreditato dalla Regione per la certificazione di tali disturbi;

-la prestazione sia prescritta da un medico specialista o dal medico di base.

Nei casi definiti come lievi si intendono ricompresi anche i seguenti disturbi del neurosviluppo che spesso si riscontrano in comorbidità con i Disturbi Specifici dell'Apprendimento quali:

-Disturbo del linguaggio Evolutivo (DLE) e Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL)

-Disprassia

-Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)

-Disturbo dello spettro autistico (livello lieve)

Vale sempre la condizione che:

-la diagnosi sia certificata da medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale accreditato dalla Regione per la certificazione di tali disturbi;

-la prestazione sia prescritta da un medico specialista o dal medico di base.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia indennizza tali spese con applicazione di:

- una franchigia di 40 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di 60 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di 90 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 40% con il minimo di 120 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" (allegato 5) senza attivazione della forma diretta.

4.25) Protesi ortopediche ed acustiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, fino a concorrenza di 3.000 euro per nucleo e per anno, le spese per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche.

4.26) Cure dentarie da infortunio

Che cosa è assicurato

Generali Italia, rimborsa fino a concorrenza di 4.000 euro per nucleo e per anno, le spese per cure dentarie effettuate in ambulatorio, rese necessarie da infortunio (documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure)

4.27) TICKET (Servizio Sanitario Nazionale)

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto) le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nel presente documento, entro i limiti massimi previsti per ogni singola prestazione.

4.28) Spese mediche pediatriche

Che cosa è assicurato

Vengono indennizzate, entro il limite di 1.500 euro anno/nucleo e con il sublimite di 500 euro anno/pro capite, le spese sostenute per visite pediatriche (di Assicurati fino all'età di 14 anni), con applicazione di uno scoperto del 30% del costo sostenuto e documentato, sia in rete che fuori rete.

4.29) Lenti

Che cosa è assicurato

Vengono indennizzate, entro il limite massimo di 400 euro anno/nucleo e con il sublimite di 150 euro persona/anno, le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive, senza applicazione di alcuno scoperto.

L'indennizzo è riconosciuto all'Assicurato in caso di prima prescrizione o di modifica del visus entrambe certificate dal medico oculista, ottico optometrista od ortottico regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

4.30) Diagnosi comparativa

Che cosa è assicurato

In caso di diagnosi di una delle seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità
- Malattie neoplastiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus
- Coma

l'Assicurato può richiedere un riesame del caso mediante una valutazione diagnostica da parte di maggiori specialisti con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata. Inoltre, può essere richiesta una visita presso lo specialista che ha valutato il caso. Vengono indennizzate esclusivamente le spese sostenute dall'Assicurato relativamente al consulto medico.

4.31) Pacchetto maternità

Che cosa è assicurato

Vengono rimborsate le spese sostenute per visite ed accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza, senza applicazione di alcuno scoperto. In caso di aborto spontaneo/naturale, entro 3 mesi dall'evento, Generali Italia rimborsa integralmente 1 visita ginecologica di controllo e massimo 3 visite di supporto psicologico, sia in rete che fuori rete.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per evento è pari a 600 euro a nucleo.

4.32) Psicoterapia

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, *fino a concorrenza di 1.000 euro per anno e nucleo*, le spese sostenute per prestazioni di psicoterapia prescritte da medico ASL o specialista, con applicazione di uno scoperto del 50% del costo sostenuto e documentato, sia in rete che fuori rete. Vengono indennizzate nell'ambito della presente garanzia e del relativo massimale anche le visite specialistiche ulteriori rispetto all'iniziale accertamento della patologia.

AREA PREVENZIONE

4.33) Vaccinazione antinfluenzale

Che cosa è assicurato

Generali Italia liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato) le prestazioni per la vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale: è prevista la somministrazione di un vaccino all'anno per assicurato. La prestazione è erogata esclusivamente in regime indiretto a seguito di presentazione della copia della fattura o scontrino di acquisto.

4.34) Prevenzione herpes zoster

Che cosa è assicurato

Generali Italia liquida le prestazioni per la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze a tutti gli Assicurati con età superiore a 55 anni effettuate sia in forma diretta presso le Strutture convenzionate (previa prenotazione) che in regime rimborsuale.

Ci sono limiti di copertura

Le prestazioni sopra elencate sono considerate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica. *È prevista una franchigia di € 36,15 per prestazione.*

4.35) Controllo pediatrico

Che cosa è assicurato

Visita specialistica pediatrica di controllo. La visita viene effettuata in strutture sanitarie convenzionate nei confronti di Assicurati minori di età tra quelli presenti nel Nucleo familiare e previamente inseriti in copertura, alle seguenti condizioni ed età:

- 1 (una) visita tra 6 mesi e 12 mesi di età
- 1 (una) visita a 4 anni di età
- 1 (una) visita a 6 anni di età

Ci sono limiti di copertura

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie *con applicazione di una franchigia di 36,15 euro per prestazione.*

4.36) Controllo nutrizionale e dieta personalizzata

Che cosa è assicurato

La presente garanzia prevede le spese sostenute per 1 consulto e dieta personalizzata per biennio assicurativo a persona. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato. In caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, il limite complessivo di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di 80 euro biennio/persona, di cui 50 euro per la visita e 30 euro per la dieta.

4.37) Conservazione delle cellule staminali

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa *fino a concorrenza di 500 euro per nucleo* e per anno, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per la conservazione familiare e autologa delle cellule staminali cordonali, sia in rete che fuori rete.

AREA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

4.38) Prestazioni in pronto soccorso

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, *fino a concorrenza di 1.000 euro per evento e per anno*, le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero. Il rimborso comprende le spese sostenute per le seguenti prestazioni (purché prescritte dal Pronto Soccorso): applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto.

4.39) Cura tossicodipendenti

Che cosa è assicurato

Generali Italia, a titolo di contributo a fronte di spese sostenute per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL, corrisponde una somma *pari a 3.000 euro per persona e per anno, fino a concorrenza di 30.000 euro annui* complessivi per la totalità degli Assicurati con la presente polizza. Il rimborso relativo alla presente garanzia viene effettuato in un'unica soluzione al termine dell'annualità assicurativa. Il termine per la presentazione di richieste di rimborso relative alla presente prestazione si intende fissato al 31 gennaio di ogni anno successivo a quello nel quale è stata sostenuta la spesa per la quale si chiede il rimborso medesimo.

Qualora la somma complessiva delle richieste superi il limite annuo sopraindicato, l'importo di 30.000 euro verrà ripartito proporzionalmente fra coloro che abbiano presentato richiesta. Eventuali richieste che venissero presentate successivamente al 31 gennaio, se rimborsabili e previa verifica della disponibilità, verranno rimborsate nell'ambito del massimale della successiva annualità.

4.40) Anticipo spese sanitarie

Che cosa è assicurato

Nei casi di ricovero per Grande Intervento chirurgico (allegato 3) effettuato in forma indiretta, viene corrisposto, su richiesta dell'Assicurato per il tramite della Contraente, un importo nella misura massima del 50% delle spese da sostenere e, comunque, entro il 50% del massimale ricovero previsto, fermo il conguaglio a cure ultimate. L'Assicurato, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della copertura assistenziale.

4.41) Assistenza infermieristica

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa *fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 90 giorni per nucleo e per anno*, le spese sostenute per l'assistenza medica ed infermieristica a domicilio qualora resa necessaria da malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera.

4.42) Rimpatrio salma

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa *fino a concorrenza di 2.000 euro per evento*, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico indennizzabile ai sensi di polizza. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

4.43) Ospedalizzazione domiciliare

Che cosa è assicurato

Vengono rimborsate le seguenti spese connesse al post-ricovero, nel caso di ricovero per uno degli interventi compresi nell'"Elenco grandi interventi chirurgici", per:

- ospedalizzazione a domicilio (passaggio in cura del paziente e presa in carico da parte di una struttura diretta da un Direttore Sanitario), previa prescrizione da parte di medico ASL o medico specialista;
- assistenza sanitaria integrata a domicilio (intervento sanitario a domicilio, con elaborazione di un programma medico, con servizi medici, infermieristici e riabilitativi), previa prescrizione da parte di medico ASL o medico specialista.

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo avviene *entro il limite di 15.000 euro nucleo/anno e con un massimo di 50 giorni per ricovero*:

- senza alcuna applicazione di scoperto se effettuate in regime di convenzionamento diretto;
- con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di 1.200 euro per evento se non effettuate in regime di convenzione diretta.

4.44) Procreazione medicalmente assistita

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa *fino a concorrenza di 700 euro per nucleo e per anno*, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per: - prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della Procreazione Medicalmente Assistita; - trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata. Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'Assicurato ed i costi dell'eventuale accompagnatore. Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista dall' "Area ricoveri", art. 4.15 "Diaria Sostitutiva".

4.45) Assistenza post parto

Che cosa è assicurato

Generali Italia liquida le seguenti prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito di parto, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

1. Supporto psicologico post parto Entro 3 (tre) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.
2. Controllo Arti Inferiori Entro 6 (sei) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.
3. Week-end benessere Entro 1 (un) anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:
 - visita dietologica
 - incontro nutrizionista
 - incontro personal trainer
 - lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
 - trattamento termale

4.46) Cure termali per minori

Che cosa è assicurato

Generali Italia liquida, fino a massimo 1 (un) ciclo per anno (max. 12 sedute consecutive con una interruzione a metà ciclo), le prestazioni per cure termali, cure inalatorie e politzer effettuate dal minore Assicurato a seguito di malattia o infortunio, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse per un importo massimo pari ad 35 euro a seduta. Sono inoltre previste una visita di inizio cura e una visita fine cura senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore.

4.47) Sindrome di down

Che cosa è assicurato

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di *vita*, viene corrisposta *un'indennità pari a 1.000 euro per neonato e per anno*. L'indennità di cui al presente paragrafo è corrisposta solo se il figlio è inserito in copertura per un periodo massimo di 5 anni.

4.48) Neonati

Che cosa è assicurato

L'Assicurazione si intende gratuitamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Compagnia venga effettuata entro 90 giorni dalla nascita.

Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita. Tuttavia, qualora le predette malformazioni e/o difetti fisici congeniti siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile – a termini di contratto – è elevato ai primi 10 anni di vita sempreché l'Assicurato permanga in copertura.

4.49) Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori ricoverati in residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Che cosa è assicurato

La garanzia prevede la corresponsione di un'indennità erogata, a titolo di forfait, pari a 350 euro anno/persona, senza applicazione di scoperti o franchigie, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia. La prestazione è accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi a partire dalla decorrenza della presente copertura assicurativa.

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

Ad integrazione di quanto indicato nei precedenti articoli si riepilogano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie.

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 e/o nella seguente tabella.

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.

AREA RICOVERO	Massimali	Scoperti/ franchigie - limiti
Ricoveri con intervento	€ 150.000 nucleo/anno	Rete: € 1.500 Fuori Rete: 10% minimo € 2.500
Grandi interventi chirurgici (GIC)	€ 300.000 nucleo/anno	Rete: € 1.000 Fuori Rete: 20%
Intervento chirurgico ambulatoriale	€ 150.000 nucleo/anno	Rete: € 250 Fuori Rete: 10% minimo € 850
Day Hospital con/senza intervento	€ 150.000 nucleo/anno	<i>Con intervento</i> Rete: € 300 Fuori Rete: 10% min € 1.750 <i>Senza Intervento</i> Rete: € 300 Fuori Rete: 10% min € 1.300
Ricoveri senza intervento	€ 150.000 nucleo/anno	Rete: € 500 Fuori Rete: 10% minimo € 2.000
Ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza e per Riabilitazione post chirurgica e per Gravi Eventi Morbosi (GEM)	€ 150.000 nucleo/anno	Rete: € 350 Fuori Rete: 10% minimo € 1.500
Parto cesareo/Aborto terapeutico(escluse Pre/Post)	€ 6.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato un limite di € 1.000) È previsto il rimborso dell'assistenza ostetrica (durante il ricovero e nelle prestazioni PRE e POST) con il sub limite di € 1.500 per anno e per nucleo.	
Parto fisiologico (escluse Pre/Post)	€ 3.000 anno/nucleo (riferito al solo ricovero, comprese le rette di degenza. Nel massimale sono ricomprese le spese neonato con un limite di € 1.000)	
Interventi chirurgici odontoiatrici	€ 10.000 nucleo/anno	Rete: € 400 Fuori Rete: 20% minimo € 1.500
Miopia	€ 150.000 nucleo/anno	Rete: € 400 Fuori Rete: 10% minimo € 1.300
Interventi chirurgici ricostruttivi	Sub massimale : € 5.000	In rete: franchigia € 1.000 per evento

		<i>Fuori rete e Intramoenia</i> : scoperto 20%, min. € 1.000
Limite retta degenza solo Fuori rete	€ 300 al giorno; € 250 per Day Hospital con/senza intervento; non previsto per Parto/Aborto terapeutico	
Pre/Post	100 gg./100 gg	Fermi scoperti e franchigie previsti in caso di ricovero day hospital e Intervento Ambulatoriale
Limite per trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico	
Retta Accompagnatore	€ 60 al giorno per max 30 gg nucleo/annone prevista per Intervento chirurgico odontoiatrico e Miopia	
Limite Assistenza Infermieristica per ricoveri senza intervento	€ 50 al giorno max 5 giorni per evento; elevato a 30 giorni per riabilitazione post chirurgica e Gravi Eventi Morbosi	
Trasporto	€ 2.000 nucleo/anno	
Indennità Sostitutiva	€ 50 al g. con intervento € 50 al g. senza intervento € 40/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) con intervento € 30/g Day Hospital (che si sia esaurito in giornata) senza intervento € 50 al g. Grande Intervento	Max 300 gg persona/anno
AREA SPECIALISTICA		
Cure e Diagnostica di Alta Specializzazione (AS)	€ 5.000	<i>In rete</i> :franchigia € 33 per fattura <i>In rete non in forma diretta</i> : scoperto 60% min. € 90 per fattura <i>In Cliniche TOP non in forma diretta</i> : scoperto 70% min. € 120 per fattura <i>Fuori rete</i> : scoperto 50% per fattura Ticket al 100%
Diagnostica Ordinaria e Visite Specialistiche (VS)	€ 3.000	<i>In rete</i> :franchigia € 33 per fattura per diagnostica ordinaria <i>In rete</i> :franchigia € 25 per fattura per visite specialistiche <i>In rete non in forma diretta</i> : scoperto 45% min. € 90 per fattura <i>In Cliniche TOP non in forma diretta</i> :scoperto 60% min. € 120 per fattura <i>Fuori rete</i> : scoperto 30% min. € 60 per fattura Ticket al 100%
Cure oncologiche	€ 11.000	
Prestazioni fisioterapiche	€ 1.400	<i>In rete</i> :franchigia € 40 per fattura <i>In rete non in forma diretta</i> : scoperto 60% min. € 90 per fattura <i>In Cliniche TOP non in forma diretta</i> : scoperto 70% min. € 120 per fattura

		<i>Fuori rete</i> : scoperto 50% per fattura Ticket al 100%
Logopedia	€ 1.000	<i>In rete</i> :franchigia € 40 per fattura <i>In rete non in forma diretta</i> : scoperto 30% min. € 90 per fattura <i>In Cliniche TOP non in forma diretta</i> :scoperto 40% min. € 120 per fattura <i>Fuori rete</i> : scoperto 20% min. € 60 per fattura Ticket al 100%
Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA)	€ 1.500,00 per nucleo e per anno per casi moderati o severi oppure fino a € 500,00 per nucleo e per anno per casi lievi	<i>In rete</i> :franchigia € 40 per fattura <i>In rete non in forma diretta</i> : scoperto 30% min. € 90 per fattura <i>In Cliniche Top non in forma diretta</i> : scoperto 40% min. € 120 per fattura <i>Fuori rete</i> : scoperto 20% min. € 60 per fattura Ticket al 100%
Protesi ortopediche e acustiche	€ 3.000	
Cure dentarie da infortunio	€ 4.000	
Prestazioni aggiuntive visite pediatriche (fino a 14 anni)	€ 1.500, sub-limite € 500 per anno/persona	scoperto 30% in rete e fuori rete
Lenti	€ 400; sub-limite € 150 per anno/persona	
Pacchetto maternità	€ 600	
Psicoterapia	€ 1.000	scoperto 50% in rete e fuori rete
AREA PREVENZIONE		
Vaccinazione antinfluenzale	Illimitato	
Prevenzione herpes zoster	Illimitato	
Controllo pediatrico	Illimitato (solo in rete)	franchigia € 36,15 per prestazione
Consulto nutrizionale e dieta personalizzata	1 consulto e dieta personalizzata per biennio e per persona	<i>In rete</i> : Illimitato <i>Fuori rete</i> : € 80,00 biennio/persona (€ 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta)
Conservazione cellule staminali	€ 500 per nucleo e per anno	
AREA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		
Prestazioni in Pronto Soccorso	€ 1.000 per evento e per anno	
Cura tossicodipendenti	€ 3.000 per persona e per anno, massimo € 30.000 per la totalità degli Assistiti	
Anticipo spese sanitarie	per GIC, massimo 50% della spesa da sostenere entro il 50% del massimale dell'Area Ricoveri	
Assistenza Infermieristica	€ 50 al giorno fino a 90 giorni	
Rimpatrio salma	€ 2.000	
Ospedalizzazione domiciliare spese post-ricovero per GIC	€ 15.000, massimo 50 giorni per ricovero	<i>In rete</i> : 0 <i>Fuori rete</i> 10% min. € 1.200
Procreazione medicalmente assistita	€ 700 per nucleo e per anno escluse le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Ester	

Assistenza post-parto	Illimitato	
Cure termali per minori	Illimitato	max. 1 ciclo per anno, max. € 35,00 a seduta
Sindrome di Down (figli di assistiti)	€ 1.000 annui max. 5 anni	
Indennità Genitori in RSA	€ 350 per anno/persona per ricoveri in RSA di durata di almeno 12 mesi consecutivi	



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 2025.

È concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2027, 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. 8 "Esclusioni".

Art. 7 Patologie pregresse

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



Ci sono limiti di copertura?

Art. 8 Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dall' "Area ricoveri", art.4.9
- 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
- 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
- 4) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
- 5) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 6) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 7) l'aborto volontario non terapeutico;

- 8) la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dall' "Area prestazioni accessorie" art.4.48 "Neonati";
- 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";
- 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) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 15) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 16) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 17) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- 18) 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;
- 19) 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;
- 20) 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. 9 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 10 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. 11 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. 12 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. 13 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 (GIPTY) ed a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.



Quali sono le condizioni di adesione?

Art. 14 Adesione - Variazione della copertura in corso d'anno

L'assicurazione è prestata per gli Assicurati con domicilio in Italia, ossia dipendenti e relativi familiari come identificati nell'art. 2 Assicurati, che la Contraente dovrà indicare entro il:

- 28 febbraio 2026 per il personale in servizio
- 30 aprile 2026 per il personale in servizio lungo assente o in esodo

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salvo le eccezioni di seguito indicate.

Inclusioni in corso d'anno

L'inclusione successiva alle date sopraindicate è permessa solamente nei seguenti casi:

- a) nuova assunzione;
- 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) nascita, adozione o affidamento di un figlio
- d) matrimonio;
- e) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- f) 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 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Compagnia entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Compagnia.

Inclusioni nel primo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Inclusioni nel secondo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 60% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Cessazione della copertura in corso d'anno

La cessazione della copertura prima della sua naturale scadenza del 31/12/2027, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente;
- b) decesso del dipendente o di un familiare assicurato;
- 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. 6 "Limite di età";
- g) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente.
- h) in caso di assegnazione del dipendente in servizio a una nuova sede di lavoro all'estero (si precisa che l'Assicurazione resta comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi, così come disciplinato nell'art. 2 "Assicurati")

Nei casi ai punti a), c), d), e) e f) l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente (eccetto i licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo o le cessazioni con instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit), lo stesso e gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di decesso del dipendente in servizio, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, lo stesso e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

Nel caso di cessazione della copertura del dipendente in servizio per assegnazione ad una nuova sede di lavoro all'estero, la copertura cesserà immediatamente con il verificarsi dell'evento.

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

Variazione della copertura in corso d'anno

Possono verificarsi durante la validità della copertura, le seguenti variazioni.

- a) gestione dei carichi fiscali

la comunicazione del carico fiscale in ciascun anno di copertura dovrà essere effettuata dall'Assicurato sulla base della situazione reddituale del proprio familiare consolidata nell'annualità precedente. Pertanto, eventuali variazioni della situazione reddituale del familiare dell'assicurato in corso d'anno non avranno effetto sulla determinazione del premio per l'annualità in corso ma costituiranno esclusivamente la base per la determinazione del premio nell'annualità successiva.

- b) Attribuzione a un dipendente in corso d'anno della qualifica di Dirigente o per il personale già Dirigente nel caso di assegnazione ad altro Global Bandi Title e viceversa: l'assicurato rimane incluso in assicurazione fino al termine dell'anno nel quale si è verificata la variazione della qualifica professionale.

A partire dal 1° gennaio dell'anno successivo, per l'Assicurato opereranno le condizioni previste dal "Piano assicurativo" relativo alla nuova qualifica professionale/Global Bandi

Title per i Dirigenti. L'Assicurato, per il tramite della Contraente, ha la possibilità di includere in assicurazione i familiari del dipendente di cui all'art. 2 "Assicurati" punti da 1) a 5).

- c) cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza:

in caso di quiescenza del dipendente, l'assicurazione è operante fino al termine dell'anno nel quale si è verificata la cessazione del rapporto di lavoro.

- d) variazione per un familiare già assicurato dello stato di convivenza/non convivenza risultante dallo stato di famiglia: La modifica dello stato di convivenza per un familiare già assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuta la modifica.

- e) variazione da convivente more uxorio a coniuge:

In caso di matrimonio nel corso di un anno assicurativo con il convivente more uxorio già assicurato, la modifica non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuto il matrimonio.



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. 15 Entrata in vigore dell'assicurazione- Tacito Rinnovo -Diritto di recesso

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 31/12/2025 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 31/12/2027.

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

E' prevista la facoltà di recesso da parte della Contraente.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 16 Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici e Studi Odontoiatrici convenzionati ai quali gli assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie o scoperti di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio contenuta nel Allegato 1 che forma parte integrante del presente contratto .

Art. 17 Criteri di liquidazione

Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, Generali Italia effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

La richiesta di rimborso può essere inviata tramite internet o App. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al portale Welfare > il portale Welfare > Uni.C.A. > GENERALI (2026-27) , da APP (previa registrazione/login), da pagina web (previa registrazione login), entrambe attive dal 1°marzo 2024.

Art 18 Visite di medici incaricati dalla Compagnia

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Compagnia e ogni

indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 19 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

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

Art. 20 Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

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

Art. 21 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. 22 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. 23 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- a) In caso di ricovero, Day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. da 4.1 a 4.17 delle Condizioni di Assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui agli articoli dal 4.18 al 4.49 delle Condizioni di Assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 24 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 alla domenica, dalle 7:00 alle 20:00**
- Collegandosi al portale Welfare > Uni.C.A. > GENERALI (2026-27)
- Tramite pagina web attiva dal 1° Marzo 2024 (previa registrazione login)
- Tramite l'App attiva dal 1° Marzo 2024 (previa registrazione/login)

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

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

Per "Rete" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura, Studi Odontoiatrici e Centri Diagnostici) 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.generali.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo 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 alla domenica dalle 7 alle 20**, 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@generali.com o alleggi 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 due giorni lavorativi successivi** 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 lavorativi 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 due giorni lavorativi** e 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.

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 il documento "attestato strutture convenzionate".

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".

Il documento "Attestato Strutture Convenzionate", è disponibile nell'area riservata alla sezione documenti e modulistica.

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 il documento "Attestato Strutture Convenzionate" nella sezione documenti e modulistica. 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".

In caso di sottoscrizione del piano integrativo "Lenti", è prevista l'applicazione delle franchigie delle prestazioni "in rete". Il documento "Attestato Strutture Convenzionate", è disponibile nell'area riservata alla sezione documenti e modulistica.

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Elenco Interventi Chirurgici Plafonati

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prollasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000

Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi) (1)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia

- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare
- Chirurgia dell'ipertensione portale:

a) Interventi di derivazione

- anastomosi porto-cava
- anastomosi spleno-renale
- anastomosi mesenterico-cava

b) Interventi di devascolarizzazione

- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto

- Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e I del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per amatoma intracerebrale da rottura di malfomazione vascolare (non esclusa dalla garanzia)
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale

- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

- Cranio bifido con meningocefalocele.

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:resezione con reimpianto,resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ALTRE VOCI

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:

- il trapianto di organi con espanto di organi del donatore;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a giorni 3.

ALLEGATO 4 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Elenco Gravi Eventi Morbosi

A. INFARTO MIOCARDICO ACUTO

B. INSUFFICIENZA CARDIACA O RESPIRATORIA

che presenti contemporaneamente almeno due delle seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia

C. NEOPLASIA MALIGNA

istologicamente documentata

D. DIABETE

complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torpide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni
- retinopatia
- chetoacidosi
- coma diabetico

E. GRAVI TRAUMATISMI

con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.

L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto

F. USTIONI DI SECONDO GRADO

con estensione pari almeno al 20% del corpo

G. VASCULOPATIA ACUTA

a carattere ischemico o emorragico cerebrale

H. SCLEROSI A PLACCHE

con un deficit funzionale significativo (3-4 scala EDSS)

I. SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**J. STATO DI COMA****K. PARAPLEGIA E/O TETRAPLEGIA****L. MALATTIA DI ALZHEIMER**

allo stadio 5 o superiore della scala di Reisberg certificata da UVA (Unità Valutativa Alzheimer) di struttura neurologica pubblica;

M. MORBO DI PARKINSON

allo stadio 3 o superiore della scala di Hoehn & Yahr, certificata da struttura neurologica pubblica;

N. OSTEOMIELE**O. INFEZIONI GRAVI, INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE****P. GRAVI EVENTI MORBOSI "SIMILARI" PER TIPOLOGIA, EVENTO, DIAGNOSI E CURA A QUELLI INDICATI DALLA LETTERA A) ALLA LETTERA H)**

ALLEGATO 5 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Elenco Strutture “Top”

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Ars Medica
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- Casa di Cura Villa Margherita

MILANO

- Istituto Nazionale Tumori
- Istituto Europeo di Oncologia/Monzino
- Casa di cura Columbus
- Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura La Madonnina

TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

VARESE

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

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 rimborsa le spese sanitarie, conseguenti ad infortunio, malattia o parto, sostenute per prestazioni ospedaliere (ricoveri, ecc.) ed extraospedaliere dall'Assicurato aderente al Piano Sanitario collettivo PLUS.



Che cosa è assicurato?

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

- ✓ Intervento chirurgico in regime di ricovero, Day Hospital o in Ambulatorio
- ✓ Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico
- ✓ Grandi interventi chirurgici (GIC)
- ✓ Ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza e per Riabilita-zione post chirurgica e per Gravi Eventi Morbosi (GEM)
- ✓ Parto cesareo e fisiologico

Sono disponibili garanzie aggiuntive quali il rimborso delle spese sanitarie a seguito di infortunio o malattia di:

- ✓ Cure Oncologiche
- ✓ Maternità
- ✓ Psicoterapia
- ✓ Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione
- ✓ Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- ✓ Cure dentarie da infortunio
- ✓ Logopedia
- ✓ Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA)
- ✓ Protesi ortopediche e acustiche
- ✓ Prestazioni in Pronto Soccorso
- ✓ Cura tossicodipendenti
- ✓ Anticipo spese sanitarie
- ✓ Assistenza Infermieristica
- ✓ Rimpatrio salma
- ✓ Ospedalizzazione domiciliare
- ✓ spese post-ricovero per GIC
- ✓ Procreazione medicalmente assistita
- ✓ Assistenza post-parto
- ✓ Cure termali per minori
- ✓ Sindrome di Down (figli di assistiti)
- ✓ Indennità Genitori in RSA

Sono disponibili garanzie aggiuntive di tipo preventivo quali:

- ✓ Vaccinazione antinfluenzale
- ✓ Prevenzione herpes zoster
- ✓ Controllo pediatrico



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 2025.



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

- ✓ Consulto nutrizionale e dieta personalizzata
- ✓ Conservazione cellule staminali

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 deputed alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", non-ché palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

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

**Dove vale la copertura?**

✓ L'assicurazione, vale in tutto il mondo

**Che obblighi ho?**

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

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

**Quando e come devo pagare? Quali sono le condizioni di adesione?**

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

L'assicurazione è prestata per gli Assicurati con domicilio in Italia, ossia dipendenti e relativi familiari come identificati nell'art. 2 Assicurati, che la Contraente dovrà indicare entro il:

- 28 febbraio 2026 per il personale in servizio
- 30 aprile 2026 per il personale in servizio lungo assente o in esodo

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salve le eccezioni indicate all'art.14.

**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 31/12/2025 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 31/12/2027.

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 12/2025



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 Marocchesa, 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.

	Assistenza diretta/in convenzione: Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Gli assicurati devono attivare la Centrale Operativa per tutte le prestazioni da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese diverse da quelle di cui al punto precedente.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	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. L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.
 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	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 La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Generali Italia ha termine 45 giorni per rispondere al reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami". I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere: 1. Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; 2. Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; 3. Breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; 4. Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; 5. Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

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

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.