

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.std - ed. 05/2022)

CONTRAENTE METASALUTE – 420872617
Opzione Plus



Data ultimo aggiornamento: 25/05/2022

ART. 1 DEFINIZIONI

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto GeneraSalute RSM (Mod. M85/854).
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata.
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marchesa 14.
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica, senza degenza, effettuata in ambulatorio o ambulatorio protetto, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia per i quali Generali Italia è disposta a prestare l'assicurazione in base a una delle seguenti opzioni, espressamente indicata all'art. 2: a) " nucleo da stato di famiglia ": coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età; b) " nucleo fiscalmente a carico ": coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia se fiscalmente a carico dell'Assicurato; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.
Premio	La somma dovuta dai singoli assicurati a Generali Italia.

Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dello Stato Italiano.

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

Sono Assicurati:

i lavoratori che hanno cessato l'attività lavorativa e maturato 2 anni di anzianità di iscrizione al Fondo Metasalute in maniera continuativa all'atto di andare in pensione come da CCNL 05.02.2021.

Sono altresì compresi i lavoratori che abbiano i requisiti soprarichiamati e che:

- sono beneficiari degli istituti legali disposti dal legislatore per un periodo necessario per maturare i requisiti per il trattamento di pensione effettivo;
- non ancora titolari di pensione che abbiano fatto regolare richiesta di pensione all'Ente preposto.

I lavoratori che hanno maturato i suddetti criteri potranno essere assicurati previa verifica dei requisiti legittimanti l'iscrizione da parte di Generali Italia.



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. 10 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 in caso di:

Art. 4.1 Intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; **le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate;**

- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico** o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento** o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di 30 giorni per annualità assicurativa**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento o ricovero**;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), **col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero**;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600**.

Ci sono limiti di copertura

Le spese mediche sostenute per gli interventi chirurgici indicati nella tabella seguente vengono rimborsate entro il limite di indennizzo indicato. A questi interventi chirurgici verrà sempre applicato lo scoperto e franchigia previsti per gli interventi chirurgici in rete (v. art. 10).

Descrizione pacchetto	Limite di indennizzo fuori rete
Facoemulsificazione ed Asportazione di cataratta ed impianto di cristallino artificiale (IOL- neutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica- ad occhio). Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	2.000,00
Riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica). Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	2.700,00
Sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale , S. di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc.). Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	1.540,00
Trattamento chirurgico dito a martello Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	1.300,00
Trattamento chirurgico dito a scatto Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	1.200,00
Legatura emorroidi Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	300,00
Biopsia della prostata Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura (escluso esame istologico).	415,00
Agobiopsia mammella Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura (escluso esame istologico).	250,00

Laser ad eccimeri - Lasik, Lasek, PRK, Epilasik e consimili. Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	1.200,00
Lesioni cutanee , trattamento e /o asportazione. Tariffa comprensiva di: equipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, protesi, analisi ed accertamenti relativi all'intervento.	350,00

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero** in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione** dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

Art. 4.3 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. 4.1 e 4.2 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Le spese relative a vitto, pernottamento e trasporto sono riconosciute entro i limiti previsti nei precedenti artt. 4.1 e 4.2 senza applicazione di scoperti o franchigie.

Art. 4.4 Spese pre/post ricovero

Ci sono limiti di copertura

Le eventuali spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nei precedenti artt. 4.1 e 4.2, sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.

✓ **Come si calcola l'indennizzo?**
Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni, speso € 2.000, applicazione di scoperto del 10% col minimo di € 500. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. **Totale speso dall'Assicurato € 2.500.**
Totale riconosciuto all'Assicurato € 1.850: ricovero € 1500 (il 10% di 2.000= 200 e quindi verrà applicato il minimo previsto di 500); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.5 Indennità sostitutiva

Che cosa è assicurato

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate agli artt. 4.1 e 4.2 sono comunque oggetto di rimborso da parte di Generali Italia in base a quanto indicato agli artt. 4.3 e 4.4.

Ci sono limiti di copertura

Nell'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo sono indicati l'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta.

✓ **Come si calcola l'indennizzo?**

Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni in struttura del SSN, diaria sostitutiva € 100 al dì. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. **Totale speso dall'Assicurato € 500.**

Totale riconosciuto all'Assicurato € 650: ricovero €300 (100x3gg di ricovero); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.6 Anticipo

Che cosa è assicurato

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

Art. 5 Cure oncologiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica ed eseguite esclusivamente in regime ambulatoriale o Day hospital.

Sono compresi in garanzia i protocolli rientranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA.

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo. Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 6 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero: Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia.

Si intendono comprese in questa garanzia le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici.

Si intendono comprese in questa garanzia le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:


- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse le visite odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Lo scoperto o franchigia che rimane a carico dell'Assicurato viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

 **ATTENZIONE**: si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati a Generali Italia in un'unica richiesta di rimborso.

Art. 7 Trattamenti fisioterapici

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia e l'ortottica). Rientrano in questa garanzia le infiltrazioni a fini fisioterapici. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso. Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'evento, purché in vigenza di polizza.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione o ciclo di terapia.



ATTENZIONE: in presenza di ciclo di cura la richiesta di rimborso deve essere fatta a conclusione del ciclo con la prescrizione del medico specialista nella patologia.

Art. 8 Cure dentarie

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, a deroga dell'art. 13 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per le prestazioni dentarie indicate nella tabella dell'art. 10.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 9 Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

La Società rimborsa le seguenti spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero:

- Adamantinoma
- Ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- Cisti follicolari
- Cisti radicolari
- Odontoma
- Osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Art. 10 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

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

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

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

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

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



Come si calcola l'indennizzo?

Garanzia Fisioterapia: Massimale € 1.000, a carico dell'Assicurato scoperto del 10% con minimo € 100

Esempio 1: speso € 1.500, rimborso € 1.000 il massimale

Esempio 2: speso € 1.100, rimborso € 990. Lo scoperto del 10% applicato alla spesa è pari a € 110. Massimale residuo € 10.

Esempio 3: speso € 800, rimborso € 700. Lo scoperto del 10% della spesa (€ 80) è minore del minimo e quindi resta a carico dell'Assicurato € 100. Massimale residuo € 800.

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
Intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio	art. 4.1	€ 150.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 15% minimo € 2.500,00 intervento ambulatoriale: 15% <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia min € 5.000,00 intervento ambulatoriale 45% Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 200,00	
Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico	art. 4.2		<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 15% minimo € 2.500,00 intervento ambulatoriale: 15% <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia min € 5.000,00 intervento ambulatoriale 45% Ticket: rimborso al 100%
Retta di degenza		Limite giornaliero € 200,00	
Indennità sostitutiva	art. 4.5	€ 100,00 Fino al massimo di 90 giorni per annualità assicurativa	
Cure oncologiche	art. 5	€ 6.000,00	Riconoscimento al 100% della spesa
Prestazione diagnostica ad alta specializzazione	art. 6	€ 10.000,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 30% <i>fuori rete:</i> rimborso massimo € 55,00 Ticket: rimborso al 100%
<i>di cui</i> Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio			<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 30% <i>fuori rete:</i> visite specialistiche rimborso massimo € 55,00 esami diagnostici e di laboratorio rimborso massimo € 36,00 Ticket: rimborso al 100%
<i>di cui</i> Protesi ortopediche e apparecchi acustici		sottolimito € 500,00	<u>Scoperto:</u> 40% con il minimo di € 70,00
Trattamenti fisioterapici	art. 7	€ 500,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 30% <i>fuori rete:</i> 30% rimborso massimo € 25,00 per prestazione Ticket: rimborso al 100%
Cure dentarie	art. 8	€ 1.500,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete</i> <i>fuori rete</i>
Visite			0% 100%
Igiene orale			0% 100%
Visita emergenza			0% 20%
Conservativa			50% 70%
Radiologia odontoiatrica			10% 50%

Chirurgia			10%	50%
Endodonzia			50%	70%
Paradontologia			Accesso al tariffario	100%
Protesi			Accesso al tariffario	100%
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	100%
Implantologia			Accesso al tariffario	100%
Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero	art. 9	€ 3.500,00	<u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> 30% <i>fuori rete:</i> 35% Ticket: rimborso al 100%	



Che cosa NON è assicurato?

Art. 11 Persone non assicurabili

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

Art. 12 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

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

Per coloro che compiono i 75 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 13 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;



ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici: **piattismo bilaterale, scoliosi, alluce valgo, varismo delle ginocchia, anca valga, piede torto**

- l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;
- prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche nonché tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Fanno eccezione alla presente esclu-

sione le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;



ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi estetici: **mastoplastica, blefaroplastica, aspirazione della cute e del tessuto cutaneo, rinoplastica, trapianto di capelli, liposuzione, addominoplastica, cisti adipose, chirurgia bariatrica** con indice di massa corporea minore di 30 BMI, comprese **le relative terapie dietologica e dietoterapica**

- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- n) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- o) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- q) i ricoveri ed i Day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.



Dove vale la copertura?

Art. 14 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 15 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 dei singoli Assicurati, anche se il pagamento è stato anticipato da Generali Italia.

Art. 16 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 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 dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 17 Obblighi

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:

- le Condizioni di Assicurazione saranno rese disponibili ai singoli Assicurati prima dell'adesione alla copertura assicurativa, tramite una specifica sezione del portale a loro dedicato;
- 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.

I singoli Assicurati si impegnano a fornire a Generali Italia tutti i documenti necessari al momento dell'entrata in copertura. Generali Italia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 18 Riservatezza dei dati personali

L'Informativa Contrattuale sarà resa disponibili ai singoli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, tramite una specifica sezione del portale a loro dedicato, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (GIPRY) ed a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Art. 19 Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, il pagamento del premio:

- 100% per gli inserimenti in garanzia nel I trimestre;
- 80% per gli inserimenti in garanzia nel II trimestre;
- 60% per gli inserimenti in garanzia nel III trimestre;
- 40% per gli inserimenti in garanzia nel IV trimestre.

Art. 20 Pagamento del Premio

Il premio annuo, comprensivo di imposte, per ogni Assicurato è stabilito nella misura € 1.100,00.

I Premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure a Generali Italia.

Salvo quanto sotto disciplinato il Premio si intende pagato con la consegna della somma corrispondente al Premio stesso.

Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il Premio può essere pagato con le seguenti modalità:

- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto corrente dedicato dell'intermediario, in tale qualità. In questo caso la data di versamento del Premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o sul conto corrente dell'intermediario, in tale qualità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 21 Entrata in vigore dell'assicurazione

La copertura per gli aventi diritto, iscritti nella prima finestra temporale, avrà effetto retroattivo dalle ore 24 del 31.12.2022.

Per i pensionandi che aderiranno in corso d'anno la copertura decorrerà dal 1° giorno del trimestre di adesione.



Come posso disdire la polizza?

Art. 22 Proroga dell'assicurazione

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente. L'eventuale disdetta va esercitata dal Contraente o da Generali Italia almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:

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


COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 23 Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

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

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

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

Art. 24 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro (richiesta di rimborso) 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.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 25 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 con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto, in cui è indicato l'indirizzo, e la documentazione inerente il sinistro, **oppure tramite internet**. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

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

Art. 26 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. 27 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. 28 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. 4.1, 4.2 e 4.5 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 5 al 13 delle Condizioni di Assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 29 Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

SOMMARIO

Art. 1 Definizioni

Art. 2 Assicurati

Art. 3 Rischi assicurati

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Art. 4.1 Intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

Art. 4.3 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Art. 4.4 Spese pre/post ricovero

Art. 4.5 Indennità sostitutiva

Art. 4.6 Anticipo

Art. 5 Cure oncologiche

Art. 6 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Art. 7 Trattamenti fisioterapici

Art. 8 Cure dentarie

Art. 9 Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

Art. 10 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

Art. 11 Persone non assicurabili

Art. 12 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Art. 13 Esclusioni

Art. 14 Validità territoriale

Art. 15 Oneri

Art. 16 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Art. 17 Obblighi del Contraente

Art. 18 Riservatezza dei dati personali

Art. 19 Regolazione del Premio

Art. 20 Pagamento del Premio

Art. 21 Entrata in vigore dell'assicurazione

Art. 22 Proroga dell'assicurazione

Art. 23 Reti convenzionate

Art. 24 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

Art. 25 Criteri di liquidazione

Art. 26 Controversie

Art. 27 Rimborso da Enti

Art. 28 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

Art. 29 Lingua in cui è redatto il contratto

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: chiamate dall'Italia o dall'estero al **+39.05579560309, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 17:30**
- Tramite portale Web raggiungibile all'indirizzo **<https://secure.firenzerifredi.it/>**

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 al venerdì dalle 9 alle 18**, al numero sopra indicato.

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

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

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

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

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

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

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 72 ore successive** autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 3 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

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

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

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 72 ore successive** la struttura convenzionata (ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

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

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

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

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni effettuate.

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.

NOTA

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. 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"

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.