



GUIDA OPERATIVA
all'utilizzo dei Piani Sanitari
2026-2027

PREMESSA

La presente guida rappresenta lo strumento per la corretta comprensione e utilizzo dei Piani Sanitari. In nessun caso può sostituire il Testo di Piano sanitario del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. I Testi di Piano sanitario restano, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

SITO E QR CODE

Link diretto all'area clienti: <https://areaclienti.general.it/AreaClienti/area-clienti.html>
Tramite l'App MyGenerali scaricare gratuitamente da App Store e Play Store.



STRUTTURE CONVENZIONATE

<https://www.general.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche>

<https://www.general.it/strutture-convenzionate/studi-odontoiatrici>

A DISPOSIZIONE DEGLI ASSISTITI

Per ricevere maggiori informazioni riguardo al piano di assistenza sanitaria è possibile inviare una mail all'indirizzo assistenza.inarcassa@general.com oppure chiamare il Numero verde dedicato 800 166 110 o dall'estero al +39 06 9727 0767, dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00 (festivi inclusi).

SOMMARIO

1. GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	4
1.1 INTRODUZIONE	4
1.2 LA CENTRALE OPERATIVA	5
1.3 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA	5
1.3.1 Assistenza Diretta: Modalità di Autorizzazione	5
1.3.2 Assistenza Diretta: Garanzia di Prevenzione	7
1.3.3 Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni extraospedaliere	8
1.4 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE/ASSISTENZA INDIRETTA	10
1.5 IL TRACKING DELLA PRATICA	11
1.6 DOCUMENTI E MODULISTICA	12
1.7 WELION CARD - ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE AGEVOLATE	12
1.8 TELECONSULTO MEDICO H24	13
2. PIANI SANITARI E PLATEE DEGLI ASSICURATI	13
2.1 LA PLATEE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	13
2.1.1 Platea Piano Base	13
2.1.2 Platea Piano Integrativo facoltativo	13
2.1.3. Platea Piano Infortuni	13
2.2 PIANO SANITARIO BASE ISCRITTI	14
2.2.1 Sintesi del piano sanitario	14
2.2.2 Prevenzione piano sanitario base iscritti	15
2.3 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO ISCRITTI	16
2.3.1 Sintesi del piano sanitario	16
2.3.2 Prevenzione piano sanitario integrativa iscritti	16
2.4 PIANO SANITARIO FACOLTATIVO INFORTUNI	17
2.4.1 Sintesi del piano sanitario	17



1. GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

1.1 INTRODUZIONE

OBIETTIVO DELLA GUIDA

Questa guida operativa ha lo scopo di fornire agli iscritti Inarcassa tutte le informazioni necessarie per comprendere e utilizzare i servizi sanitari offerti, in modo chiaro e accessibile.

Destinatari Il documento è rivolto agli iscritti Inarcassa, ai loro familiari aventi diritto e agli operatori che gestiscono le pratiche relative alle polizze sanitarie.

COME UTILIZZARE QUESTO DOCUMENTO

La guida è organizzata per sezioni tematiche: dai processi operativi ai quadri sinottici delle polizze, fino alle iniziative di prevenzione. Ogni capitolo contiene spiegazioni pratiche e riferimenti utili per agevolare la consultazione.

Sono a disposizione degli Assistiti quattro regimi di assistenza sanitaria:

A. assistenza sanitaria diretta: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Generali Italia che provvede al pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per le prestazioni mediche ed ospedaliere ricevute purché indennizzabili a termini di piano sanitario. L'Assistito pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico e/o delle eccedenze di spesa a suo carico per prestazioni non indennizzabili a termini di piano sanitario.

B. assistenza sanitaria rimborsuale/indiretta: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario convenzionato (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

In modalità indiretta l'Assistito deve anticipare la somma a cui verrà poi applicata una franchigia a seconda del piano. L'assistenza sanitaria rimborsuale è valida anche per le spese sanitarie sostenute all'estero.

C. assistenza sanitaria mista: l'assistito potrà fruire di una forma mista di liquidazione delle spese nel caso di prestazioni presso istituti di cura (pubblici e privati) convenzionati con la Società e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) ed equipe non convenzionate e/o prestazioni non convenzionate. La Società paga direttamente all'istituto di cura convenzionato la componente di spesa, indennizzabile nei termini del piano sanitario, relativa all'istituto di cura convenzionato (assistenza diretta), salvo l'applicazione di scoperti/franchigie previsti nel piano sanitario per la forma diretta. L'assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con la Società, richiedendone successivamente il rimborso alla medesima. Le spese indennizzabili a termini di piano sanitario vengono rimborsate all'assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nel piano sanitario per la forma indiretta, che rimangono a suo carico.

D. Assistenza sanitaria presso il Servizio Sanitario Nazionale: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate. Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assistito sostenga delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva. Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. A o alla lett. B del presente articolo in dipendenza dell'esistenza di un regime di convenzionamento. Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assistito vengono rimborsate secondo le modalità indicate alla precedente lett. B.

Per “Network Sanitario” si intende l’insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura 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 nel piano sanitario.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito di Generali Italia www.generali.it alla voce “Strutture Convenzionate” ed è periodicamente aggiornato.

Il Network Sanitario, 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.

VUOI CONVENZIONARE UNA STRUTTURA CHE NON FA PARTE DEL NETWORK?

Basterà indicare alla struttura interessata, ad entrare nel nostro NTW, di accedere direttamente al nostro sito Welion.it e cliccare nella sezione CONTATTI (qui di seguito il link: <https://www.welion.it/Contatti>). Una volta lì, basterà andare in fondo alla pagina e scegliere il form più adatto in base al tipo struttura (SANITARIO o ODONTOIATRICO). I nostri medici verranno convenzionati tramite le Strutture. Non è possibile far convenzionare direttamente i singoli medici.

Cliccando su CLICCA QUI E COMPILA IL FORM si aprirà una schermata con una serie di informazioni indispensabili per la lavorazione della richiesta.

Appena compilato il form l’Ufficio Convenzioni di Generali Welion riceverà una notifica e valuterà la candidatura, fornendo puntuale riscontro nel caso di reciproco interesse.

1.2 LA CENTRALE OPERATIVA

La Centrale Operativa di Generali Welion può essere avviata attraverso due canali principali:

Portale web: L’Assistito può collegarsi al portale web tramite link diretto <https://areaclienti.generali.it/Area-Clienti/area-clienti.html> o tramite l’App MyGenerali

Numero verde dedicato: In alternativa, è possibile contattare direttamente la Centrale Operativa tramite

Numero verde Dedicato: 800 166 110 o dall’estero al +39 06 9727 0767, dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00 (festivi inclusi).

1.3 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l’Assistito dovrà preventivamente essere autorizzato. L’autorizzazione si ottiene contattando la Centrale Operativa di Generali Welion tramite portale web o numero verde dedicato.

1.3.1 ASSISTENZA DIRETTA: MODALITÀ DI AUTORIZZAZIONE

Per accedere alle prestazioni sanitarie in regime di assistenza diretta, è fondamentale che l’Assistito ottenga preventivamente l’autorizzazione. Il processo di autorizzazione è gestito dalla Centrale Operativa di Generali Welion e può essere avviato attraverso i due canali principali: **Portale web e Numero verde dedicato**.

L’autorizzazione preventiva garantisce all’Assistito la corretta fruizione delle prestazioni previste nel piano sanitario, assicurando che l’iter sia conforme alle modalità di assistenza diretta stabilite dalla Società.

RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

L’Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, deve contattare la Centrale Operativa. Il preavviso è di 48 ore naturali e consecutive, tuttavia si consiglia, per una gestione ottimale, di contattare la Centrale **da 2 a 5 giorni lavorativi** prima della data della prestazione. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine. Al fine di concludere in tempo le verifiche amministrative richieste per l’autorizzazione della pratica, si consiglia di comunicare alla Centrale Operativa la richiesta di pagamento diretto non a ridosso del limite sopra comunicato, ma con ragionevole preavviso.

MODALITÀ DI ACCESSO E RICHIESTA TRAMITE WEB O APP

- l'Assistito accede al sito o all'APP
- seleziona la sezione Richiesta di autorizzazione in forma diretta
- seleziona l'anno in cui ha effettuato la prestazione;
- seleziona l'Assistito per il quale si intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato;
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione. La prestazione è ricercabile anche mediante motore di ricerca;
- se presente più di una polizza, seleziona la polizza di riferimento;
- effettua l'upload dei documenti medici e compila i relativi campi informativi (struttura, medico convenzionato, etc.);
- inserisce eventuali note ad integrazione della richiesta;
- visualizza una pagina di riepilogo dove può modificare quanto indicato, prima dell'invio;
- inserisce la data della prestazione prenotata presso la Struttura sanitaria precedentemente selezionata.

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

L'assistito dovrà allegare:

- prescrizione o certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare (in caso di infortunio, si può allegare il referto del Pronto Soccorso)
- diagnosi o presunta diagnosi;
- documento firmato di delega e privacy se effettua la richiesta per il proprio familiare maggiorenne. Alla prima richiesta (in forma diretta o indiretta) su ogni assicurato viene richiesto di fornire il consenso alla privacy. In caso di consenso per altro assicurato maggiorenne è necessario allegare il documento firmato di delega e privacy disponibile durante il processo di richiesta e all'interno della sezione Documenti.

MODALITÀ DI ACCESSO E RICHIESTA TRAMITE NUMERO VERDE

La Centrale Operativa è raggiungibile al Numero Verde Dedicato.

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/piano sanitario
- 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

È necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo *inarcassa.documenti@generali.com* la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- indicazione della prestazione da effettuare
- diagnosi
- referti esami strumentali

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

TEMPISTICHE DI AUTORIZZAZIONE E CONFERMA

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-as-sicurativa della prestazione, entro 1 giorno successivo autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

IN STRUTTURA

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 dal piano sanitario, 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.

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.

1.3.2 ASSISTENZA DIRETTA: GARANZIA DI PREVENZIONE

La garanzia per le prestazioni di prevenzione è offerta solo in forma diretta senza bisogno di prescrizione medica, ma con autorizzazione della Centrale Operativa e nei limiti del massimale previsto. Il beneficio non è esteso al Nucleo familiare.

Per usufruire della copertura, è consigliabile seguire queste fasi:

- 1. Individuazione delle prestazioni desiderate**
- 2. Prenotazione presso la struttura**
- 3. Richiesta di autorizzazione unica**

1. Individuazione delle prestazioni di prevenzione desiderate

L'Assicurato può individuare le prestazioni sanitarie di cui necessita in autonomia, scegliendo tra quelle incluse nel proprio piano. Le prestazioni possono essere prenotate in due differenti modalità:

- Pacchetti di Prevenzione: pacchetti omogenei, soluzione particolarmente indicata quando si prevede di usufruire di più di una prestazione in alternativa alle singole prestazioni corrispondenti.
- Singole prestazioni: L'utente ha la possibilità di scegliere, in aggiunta (se la prestazione non è presente nel pacchetto scelto) o in alternativa ai pacchetti.

Per la lista specifica delle prestazioni si suggerisce di consultare il capitolo "Prevenzione" del proprio piano sanitario

2. Prenotazione presso la struttura scelta

Una volta definite le prestazioni desiderate, è necessario effettuare la prenotazione direttamente presso la struttura sanitaria prescelta tra quelle convenzionate identificandosi come assicurato Generali. È fondamentale che tutte le prestazioni vengano erogate esclusivamente all'interno del network previsto dal contratto assicurativo.

L'utente può effettuare la prenotazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata, ferma restando che, per permettere la fruizione, è necessario ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

Qualora la Struttura non sia in grado di offrire in unica soluzione tutte le prestazioni scelte, l'assicurato può contestualmente richiedere di effettuare le restanti presso altra struttura.

3. Richiesta di autorizzazione unica

Per procedere con l'erogazione delle prestazioni, è indispensabile presentare le richieste di autorizzazione alla Centrale Operativa in un'unica soluzione, ovvero in un'unica giornata. Il preavviso è di 48 ore naturali e consecutive, tuttavia si consiglia, per una gestione ottimale, di contattare la Centrale **da 2 a 5 giorni lavorativi** prima della data della prestazione. Queste richieste riguardano tutte le prestazioni programmate presso le strutture senza bisogno di prescrizione medica e nei limiti delle condizioni definite per il piano sanitario dell'assistito.

Le prestazioni richieste possono essere modificate solo fino all'autorizzazione e nella giornata di apertura. All'atto del ricevimento della richiesta, La Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro 48 ore successive dal ricevimento della richiesta completa**, autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica; pertanto, si raccomanda di inoltrare per tempo la richiesta di autorizzazione unica.

L'utente può richiedere le prestazioni, a valle della conferma degli appuntamenti con le strutture sanitarie, tramite i due canali principali **Portale web e Numero verde dedicato**.

In fase di attivazione della diretta viene chiesto "Hai già prenotato?"

Se **SI** inserisce nome e struttura

Se **NO** inserisce data presunta e l'utente prenoterà dopo. L'autorizzazione sarà gestita nel rispetto dei massimali previsti.

Sintesi delle modalità di attivazione

- Le prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso strutture convenzionate.
- È possibile scegliere, prenotare e attivare le prestazioni sia singolarmente che in pacchetti omogenei.
- Tutte le richieste devono essere effettuate tramite una procedura di autorizzazione unica, ovvero in una singola giornata, da inoltrare tramite web/app o contact (via telefono).
- La prescrizione medica non è necessaria per attivare la procedura.

1.3.3 VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAO-SPEDALIERE

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare una prestazione extraospedaliera presso una struttura sanitaria convenzionata, Il preavviso è di 48 ore naturali e consecutive, tuttavia si consiglia, per una gestione ottimale, di contattare la Centrale **da 2 a 5 giorni lavorativi** prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine.

Al fine di concludere in tempo le verifiche amministrative richieste per l'autorizzazione della pratica, si consiglia di comunicare alla Centrale Operativa la richiesta di pagamento diretto non a ridosso del limite sopra comunicato, ma con ragionevole preavviso.

MODALITÀ DI ACCESSO E RICHIESTA TRAMITE WEB O APP

- l'Assistito accede al sito o all'APP
- seleziona la sezione Richiesta di autorizzazione in forma diretta
- seleziona l'Assistito per il quale si intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione. È presente una barra di ricerca per facilitare la scelta dell'Assistito
- l'assistito effettua l'upload dei documenti relativi alla richiesta di prestazione sanitaria (vedi paragrafo sotto)
- accede ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione ed il medico convenzionato
- inserisce la data della prestazione prenotata presso la Struttura sanitaria precedentemente selezionata

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

L'Assistito dovrà allegare:

- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi. Nel caso di prevenzione o prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario
- il documento firmato di delega e privacy se effettua la richiesta per il proprio familiare maggiorenne

MODALITÀ DI ACCESSO E RICHIESTA TRAMITE NUMERO VERDE

La Centrale Operativa è raggiungibile al Numero verde Dedicato

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 /piano sanitario
- 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
- diagnosi o presunta diagnosi riportata sul certificato medico che indichi la richiesta della prestazione. Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario
- nominativo del medico

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

È necessario che l'Assicurato al momento dell'apertura della richiesta telefonica sia in possesso di prescrizione medica o certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi (da consegnare successivamente in struttura). Nel caso di prestazione odontoiatrica o prevenzione tale dato non è necessario.

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

TEMPISTICHE DI AUTORIZZAZIONE E CONFERMA

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 **1 giorno lavorativo** 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'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata affinché, una volta effettuati i controlli amministrativi e tecnico medici, possa essere rilasciata l'autorizzazione.

IN STRUTTURA

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. **Qualora non vi sia corrispondenza tra la prescrizione comunicata telefonicamente in fase di richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa e la documentazione medica consegnata in struttura all'atto della prestazione, Generali si riserva di non autorizzare la presa in carico / rivalersi sull'assicurato per eventuali prestazioni non previste in copertura.**

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. Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza/piano sanitario, l'eventuale

non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsouale.

1.4 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE/ASSISTENZA INDIRETTA

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.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco dovrà essere corredata di traduzione in italiano o in inglese.

Per l'indennità dei 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.

MODALITÀ DI ACCESSO E RICHIESTA TRAMITE WEB O APP

- l'Assistito accede alla sezione Richiesta di autorizzazione in forma indiretta
- seleziona l'anno in cui ha effettuato la prestazione
- seleziona l'Assistito per il quale si intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione
- se presente più di una polizza/piano sanitario, seleziona quella di riferimento
- effettua l'upload della fattura e compila i relativi campi informativi (struttura, importo, etc.)
- effettua l'upload dei documenti medici
- inserisce eventuali note ad integrazione della richiesta
- visualizza una pagina di riepilogo dove può modificare quanto indicato, prima dell'invio

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

L'Assistito dovrà allegare in caso di ricovero o richiesta indennità giornaliera da ricovero:

- cartella clinica e/o lettera di dimissioni
- fattura dell'intervento/ricovero sostenuto

L'Assistito dovrà allegare in caso di richiesta di rimborso per prestazioni extraospedaliere:

- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi
- fattura della prestazione sostenuta

In entrambi i casi l'assistito dovrà allegare il documento firmato di delega e privacy se effettua la richiesta per il proprio familiare maggiorenne, disponibile durante il processo di richiesta e all'interno della sezione "Documenti e modulistica".



Alla prima richiesta (in forma diretta o indiretta) su ogni assicurato viene richiesto di fornire il consenso alla privacy e alla gestione automatizzata. Quest'ultimo non è obbligatorio.

Welion, con la divisione Smart Process Automation di Generali Italia ha realizzato un sistema innovativo che automatizza i processi liquidativi dei sinistri salute per le pratiche più standard, il primo sul mercato italiano.

Basato sull'intelligenza artificiale e tecnologia OCR, il sistema verifica i dati secondo regole standardizzate e permette di liquidare i sinistri in tempi brevissimi, con notevole vantaggio verso il cliente e il network di strutture sanitarie.

Per ulteriori dettagli si rimanda all'informativa privacy Generali alla sezione "Documenti e modulistica" dell'area personale.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA

Nel caso di richiesta rimborso di prestazioni extraospedaliere, Generali Italia si riserva di richiedere l'integrazione di documenti nei casi di prescrizione mancante o incompleta. Il documento di prescrizione con evidenza della diagnosi o presunta diagnosi non potrà comunque riportare una data successiva a quella in cui è stata effettuata la prestazione.

CURE DA INFORTUNIO

In caso di cure da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto del Pronto Soccorso, radiografie e fotografie).

TEMPISTICHE

Il sistema liquidativo effettuerà in automatico tutti i controlli riferiti agli aspetti contributivi ed alle regole di ammissibilità definiti dall'ente prima di consentire all'operatore Welion di completare il processo liquidativo. La compagnia garantisce un tempo medio di gestione pari a 30 giorni per la richiesta di rimborso in seguito a presentazione della documentazione completa.

1.5 IL TRACKING DELLA PRATICA

Accedendo alla sezione delle richieste effettuate dal menu principale, è possibile avere una vista di tutte le richieste precedentemente effettuate dall'utente tramite i canali digitali portale Web e App MyGenerali.

È possibile effettuare una ricerca per stato e per assicurato. Le anteprime delle richieste contengono uno stato di avanzamento suddiviso per colore e immediatamente visibile. L'utente Capo nucleo riceverà una comunicazione via mail e/o sms quando la pratica inviata subisce un aggiornamento di stato.

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE

Qualora mancassero uno o più documenti, l'utente riceverà una mail con richiesta di integrazione.

In questo caso, il tracking mostrerà l'indicatore su "Richiesta integrazione", e l'utente potrà provvedere al completamento delle informazioni o al caricamento dei documenti direttamente cliccando sul rispettivo tasto.

In caso di dubbio, sarà possibile inviare note aggiuntive di chiarimento al liquidatore. Tutti i documenti caricati sono sempre visibili nell'apposita sezione: sarà possibile consultarli e condividerli.

RICHIESTA IN VALUTAZIONE

Quando lo stato della richiesta è "In valutazione", la pratica è in gestione all'area Health Claims.

È possibile controllare tutti i documenti inviati e ogni singola informazione precedentemente inserita: non sarà però possibile, solo per questo stato, inviare note aggiuntive sulla pratica.

L'utente potrà accedere alla sezione "Documenti", in cui saranno mostrati tutti i documenti precedentemente caricati: sarà possibile consultarli e condividerli.

RICHIESTA AUTORIZZATA

Una volta completata l'istruttoria e autorizzata la pratica, l'utente visualizzerà lo stato "Autorizzato". Nel caso di richiesta di rimborso, saranno presenti gli estremi del bonifico e l'importo corrisposto. Cliccando su "Vedi dettagli" nella schermata del tracking su un pagamento autorizzato, si aprirà un pop-up con tutti i dati della liquidazione o dell'autorizzazione. Tutti i documenti caricati sono sempre visibili nell'apposita sezione: sarà possibile consultarli e condividerli.

RICHIESTA ANNULLATA

Qualora l'utente annulli la propria richiesta di diretta, il sistema salva la voce "Annullato". In questo modo, il sistema annulla, memorizza e visualizza l'aggiornamento di stato mantenendo la pratica visibile per evidenza senza procedere al processo di rimborso.

È possibile annullare la richiesta solo in caso di prestazione diretta, e solo in stato inviato o in stato richiesta integrazione. Tutti i documenti caricati sono sempre visibili nell'apposita sezione; sarà possibile consultarli e condividerli.

ASSISTENZA

L'utente potrà sempre inviare note al liquidatore per ricevere informazioni sulla pratica, eccetto il caso in cui il rimborso o la diretta siano già in valutazione o in stato annullato.

È inoltre disponibile sull'area riservata:

- una sezione **Archivio richieste** dove visualizzare tutte le richieste effettuate e se necessario, integrare documentazione mancante
- una sezione **Massimali** dove visualizzare i massimali previsti ed erosi, disponibili sul nucleo familiare o su singolo assicurato
- una sezione "**Documenti e Modulistica**" dove visualizzare i documenti del piano sanitario

1.6 DOCUMENTI E MODULISTICA

La sezione "documenti e modulistica", all'interno dell'area personale dell'assicurato, contiene documentazione utile sul piano sanitario, tra cui:

- **il documento di delega e privacy**
- **l'attestato di copertura estera**, utile in caso di prestazioni all'estero.
- **le certificazioni fiscali**, suddivise per anno. È possibile vedere le certificazioni relative agli anni passati cliccando sul tasto "cambia annualità"
- **questionario per la valutazione della Sindrome Metabolica**

Tutti i documenti possono essere scaricati cliccando sul tasto di download presente a destra del nome del documento.

1.7 WELION CARD - ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione ospedaliera o extraospedaliera, dentaria o fisioterapica riabilitativa non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Iscritto, lo stesso avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia tramite **Welion Card**.

La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".

La "Welion Card" è disponibile nell'area riservata alla sezione Polizze - informazioni sul servizio.

La Welion Card è disponibile, oltre che agli gli assicurati, anche per il Nucleo familiare di tutti gli iscritti al piano sanitario Base, i pensionati non Iscritti non aderenti al Piano Base e al loro nucleo familiare ed il personale Inarcassa in quiescenza a far data dal 01/01/2024.

1.8 TELECONSULTO MEDICO H24

È disponibile, per gli assicurati, per il Nucleo familiare di tutti gli iscritti al piano sanitario Base, i pensionati non Iscritti non aderenti al Piano Base e al loro nucleo familiare ed il personale Inarcassa in quiescenza a far data dal 01/01/2024, un servizio di **consulenza medica personalizzata digitale** (video/chat) per consigli sul proprio stato di salute, patologie, farmaci e vaccini a disposizione **7/7 h24** al numero verde 800 166 110.

2. PIANI SANITARI E PLATEE DEGLI ASSICURATI

2.1 LA PLATEE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

2.1.1 PLATEA PIANO BASE

Il Piano sanitario base è operante a favore degli Iscritti e Pensionati in attività Iscritti senza limiti di età
Le coperture sono estese, in forma individuale, alle seguenti Platee:

- pensionati non iscritti
- personale di Inarcassa in quiescenza
- coniuge dell'iscritto e familiari a carico
- familiari del pensionato non iscritto

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge, o parte di unione civile o convivente more uxorio, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge, o convivente more uxorio o parte di unione civile, anche non conviventi.

2.1.2 PLATEA PIANO INTEGRATIVO FACOLTATIVO

Il piano sanitario è operante a favore degli iscritti e pensionati in attività iscritti senza limiti di età con premio a proprio carico. La copertura può essere estesa all'intero nucleo familiare.

2.1.3. PLATEA PIANO INFORTUNI

L'adesione è riservata agli iscritti e pensionati attivi iscritti fino al compimento dei 70 anni di età.



2.2 PIANO SANITARIO BASE ISCRITTI

2.2.1 SINTESI DEL PIANO SANITARIO

Sintesi delle condizioni di copertura relativamente al Piano sanitario Base

Garanzia	Descrizione	Massimale annuo	Scoperto iscritti in rete	Scoperto iscritti fuori rete	Scoperto pensionati non iscritti in rete	Scoperto pensionati non iscritti fuori rete
Grandi Interventi Chirurgici	Spese pre, durante e post ricovero, trapianti, protesi, cure palliative	€ 500.000	ricovero 10% (min €500 – max €3.000) day hospital 10% (min €50 – max €250)	ricovero 15% (min €1.000 – max €8.000) day hospital 15% (min €100 – max €500)	ricovero 20% (min €2.000 – max €17.500) day hospital 20% (min €200 – max €1.750)	ricovero 25% (min €3.000 – max €25.000) day hospital 25% (min €300 – max €2.000)
Gravi Eventi Morbosi	Ricoveri senza intervento, trattamenti domiciliari/ambulatoriali	€ 500.000	ricovero 10% (min €500 – max €3.000) day hospital 10% (min €50 – max €250)	ricovero 15% (min €1.000 – max €8.000) day hospital 15% (min €100 – max €500)	ricovero 20% (min €2.000 – max €17.500) day hospital 20% (min €200 – max €1.750)	ricovero 25% (min €3.000 – max €25.000) day hospital 25% (min €300 – max €2.000)
		Post-ricovero max €16.000	ricovero 10% (min €500 – max €3.000) day hospital 10% (min €50 – max €250)	ricovero 15% (min €1.000 – max €8.000) day hospital 15% (min €100 – max €500)	ricovero 20% (min €2.000 – max €17.500) day hospital 20% (min €200 – max €1.750)	ricovero 25% (min €3.000 – max €25.000) day hospital 25% (min €300 – max €2.000)
		Cure palliative e terapia del dolore max €15.000	ricovero 10% (min €500 – max €3.000) day hospital 10% (min €50 – max €250)	ricovero 15% (min €1.000 – max €8.000) day hospital 15% (min €100 – max €500)	ricovero 20% (min €2.000 – max €17.500) day hospital 20% (min €200 – max €1.750)	ricovero 25% (min €3.000 – max €25.000) day hospital 25% (min €300 – max €2.000)
Terapie oncologiche	Chemioterapia, radioterapia, follow-up	Follow-up max €2.500/anno	ricovero 10% (min €500 – max €3.000) day hospital 10% (min €50 – max €250)	ricovero 15% (min €1.000 – max €8.000) day hospital 15% (min €100 – max €500)	ricovero 20% (min €2.000 – max €17.500) day hospital 20% (min €200 – max €1.750)	ricovero 25% (min €3.000 – max €25.000) day hospital 25% (min €300 – max €2.000)
Indennità sostitutiva		€140/giorno per ricoveri SSN max 100 giorni				
Assistenza infermieristica		Max €2.600/anno				
Trasporto sanitario		Max €3.500/anno				
Apparecchi protesici		Max €5.200/anno				
Rientro salma		Max €7.500/evento				
Prevenzione	Check-up biennale, prevenzione oncologica, odontoiatrica	Max €1.000/biennio, scoperto 20%				
Dread Disease	Indennità €2.500 per eventi gravi (infarto, ictus, trapianto, ecc.)	Non estendibile al nucleo				
Indennità da infortunio		€60/giorno per ricovero, ingeressatura, immobilizzazione max 100 giorni				
Tutela neonati	Interventi per malformazioni entro 1 anno	€ 10.000				
Trisomia 21	Indennità una tantum	€ 3.000				
Pacchetto maternità	Visite, ecografie, test prenatali, riabilitazione post-parto	Max €1.500 evento				

2.2.2 PREVENZIONE PIANO SANITARIO BASE ISCRITTI

Per il Piano Base è disponibile il servizio di check-up biennale, una volta ogni due anni. Di seguito sono elencate le prestazioni di prevenzione incluse nella garanzia.

- **Pacchetti di Prevenzione** L'utente ha la possibilità di scegliere tra i seguenti pacchetti, in alternativa alle singole prestazioni corrispondenti:

Pacchetto	Nome del pacchetto (1)	Dettaglio Prestazione
Esami ematici	Prevenzione Esami Ematici – C4385	Colesterolo Totale o colesterolemia, Colesterolo HDL, Creatininemia, Emocromocitometrico e morfologico, Feci (ricerca sangue occulto), Gamma Glutammil – Transpeptidasi (Gamma GT), Glicemia, Tempo di protrombina parziale (PTT), Tempo di protrombina (PT), Trigliceridi, Urea, Urine (esame chimico e microscopico) Velocità di sedimentazione delle emazie (VES), PSA
Prevenzione Urologica	Prevenzione Urologica - 3353	Visita urologica, ecografia testicolare
Prevenzione Ginecologica	Prevenzione Ginecologica - 3371	Visita Ginecologica, Pap-Test, HPV; Ecografia Transvaginale
Prevenzione Cardiologica	Prevenzione Cardiologica -3355	Visita Cardiologica, ECG
Prevenzione Senologica	Prevenzione Senologica - Young Woman (under 40) - C3357	Ecografia mammaria, valutazione senologica

Nota bene: le prestazioni incluse nel pacchetto di Esami ematici saranno erogate interamente senza possibilità di scelta.

- **Singole prestazioni** L'utente ha la possibilità di scegliere, in aggiunta (se la prestazione non è presente nel pacchetto scelto) o in alternativa ai pacchetti, le seguenti prestazioni:

Nome della prestazione (1)
Azotemia
MOC Mineralometria/Densitometria ossea computerizzata (tutti i segmenti)
Ecocolordoppler arti superiori o inferiori (bilaterale)
Ecografia addome completo (o ecografia prostatica)
ECG di base e dopo sforzo
Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
Colonoscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3D più endoscopia virtuale)
Colonoscopia/ Pancoloscopia Diagnostica
Mammografia bilaterale
HPV (papilloma virus)*
Visita senologica**
Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine)
Fosfatasi Alcalina***
PTH***
Vitamina D***
Creatininemia***
Visita cardiologica
ECG di base
Pap – test (citologico cervicale)
Visita ginecologica
Visita Urologica
Ecografia testicolare monolaterale e/o bilaterale

*donne tra 30 e 39 anni età

** donne over 40

***donne over 50

(1) la descrizione in questa colonna corrisponde alla dicitura da inserire nell'area riservata in fase di "Selezione della prestazione" e da comunicare alla struttura sanitaria in fase di prenotazione

2.3 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO ISCRITTI

2.3.1 SINTESI DEL PIANO SANITARIO

Sintesi delle condizioni di copertura relativamente al piano sanitario integrativo

Garanzia	Massimale annuo	Scoperto / Note
Ricoveri (non GIC/GEM)	€ 300.000 – con o senza intervento chirurgico	10% – min. €500, max €7.500 in rete ; 25% – min. €750, max €10.000 fuori rete
Day Hospital		10% – min. €500, max €7.500 in rete ; 25% – min. €750, max €10.000 fuori rete
Interventi ambulatoriali		10% – min. €500, max €7.500 in rete ; 25% – min. €750, max €10.000 fuori rete
Parto e aborto	€ 4.000/anno per nucleo – 2 visite post-parto incluse	
Trapianti	Inclusi anche costi per il donatore	10% – min. €500, max €7.500 in rete ; 25% – min. €750, max €10.000 fuori rete
Alta specializzazione	€ 7.700/anno	10% min. 50 in rete; 25% min.75 fuori rete
Visite specialistiche e fisioterapia	€ 3.000/anno	10% min. 50 in rete; 25% min.75 fuori rete
Fisioterapia post infortunio	Max € 500/anno	10% min. 50 in rete; 25% min.75 fuori rete
Prevenzione	Check-up annuale in rete, senza prescrizione	
Cure neonato (0-3 mesi)	Coperte se inserito nel piano sanitario entro 90 giorni	
Lenti correttive	€ 200/anno	
Odontoiatria	Visita + ablazione tartaro (1/anno) + chirurgia odontoiatrica (max € 2.500/anno)	
Second Opinion (consulto di alta specializzazione)		
Indennità sostitutiva	€ 100/giorno (max 90 gg/anno)	

2.3.2 PREVENZIONE PIANO SANITARIO INTEGRATIVA ISCRITTI

Per il Piano Base è disponibile il servizio di check-up annuale in rete, una volta l'anno. Di seguito sono elencate le prestazioni di prevenzione incluse nella garanzia.

- **Pacchetti di Prevenzione** L'utente ha la possibilità di scegliere tra i seguenti pacchetti, in alternativa alle singole prestazioni corrispondenti:

Pacchetto	Nome del Pacchetto (1)	Dettaglio Prestazione
Esami ematici	Prevenzione Esami Ematici – C4385	Colesterolo Totale o colesterolemia, Colesterolo HDL, Creatininemia, Emocromocitometrico e morfologico, Feci (ricerca sangue occulto), Gamma Glutammil – Transpeptidasi (Gamma GT), Glicemia, Tempo di protrombina parziale (PTT), Tempo di protrombina (PT), Trigliceridi, Urea, Urine(esame chimico e microscopico) Velocità di sedimentazione delle emazie (VES); PSA
Prevenzione Ginecologica	Prevenzione Ginecologica - 3746	Visita Ginecologica, Pap-Test
Prevenzione Cardiologica	Prevenzione Cardiologica - 3355	Visita Cardiologica, ECG
Prevenzione Senologica	Prevenzione Senologica - Young Woman (under 40) - C3357	Ecografia mammaria, valutazione senologica

Nota bene: le prestazioni incluse nel pacchetto di Esami ematici saranno erogate interamente senza possibilità di scelta.

Singole prestazioni: L'utente ha la possibilità di scegliere, in aggiunta (se la prestazione non è presente nel pacchetto scelto) o in alternativa ai pacchetti, le seguenti prestazioni:

Nome della prestazione (1)
Ecg di base e dopo sforzo
Ecografia addominale completa
Ecografia Transvaginale
Pap-test (citologico cervicale)
Visita Ginecologica
Visita cardiologica
ECG di base

(1) la descrizione in questa colonna corrisponde alla dicitura da inserire nell'area riservata in fase di "Selezione della prestazione" e da comunicare alla struttura sanitaria in fase di prenotazione.

2.4 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO ISCRITTI

2.4.1 SINTESI DEL PIANO SANITARIO

Sintesi delle condizioni di copertura relativamente al piano sanitario Infortuni:

INTEGRATIVA INFORTUNI	SOMME ASSICURATE (€)
CASO MORTE	50.000,00
	100.000,00
	200.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	50.000,00
	100.000,00
	200.000,00
DIARIA DA RICOVERO, INGRESSATURA E/O IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO	50,00
	100,00
	200,00

welion [da Generali Italia] s. f. - / uè • li • on /
è la prima società di welfare integrato; dalla
salute ai *flexible benefit*, un mondo di servizi
innovativi e semplici da fruire per dare più
valore alle famiglie, ai lavoratori e alle imprese.
Sinonimo: eccellenza.

Nel contesto: *se dici welfare, dici Welion.*



welion.it

