

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.Inarcassa Integrativa-ed. 01/2026)

Inarcassa – 450386093

C.I.G.B768BC5731



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione Malattie per aziende – Rimborso Spese Mediche

In conformità alla procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi riferiti alla copertura delle spese sanitarie e della garanzia infortuni a favore degli associati di Inarcassa e delle coperture delle spese sanitarie a favore del personale di Inarcassa C.I.G. B768BC5731, la presente polizza numero 450386093 viene stipulata tra Inarcassa e Generali Italia SpA recependo il Capitolato allegato della predetta procedura.

PIANO SANITARIO “Integrativo”

PIANO SANITARIO “INTEGRATIVO”

**Iscritti Inarcassa
ad adesione facoltativa individuale**

Condizioni di Assicurazione

Definizioni	pag.	3
Premessa	pag.	9
Soggetti Assicurati	pag.	9
Oggetto dell'Assicurazione e garanzie	pag.	9
Teleconsulto e Welion card	pag.	18
Denuncia e liquidazione dei Sinistri	pag.	21
Premi	pag.	26
Condizioni generali di Assicurazione	pag.	26

DEFINIZIONI

Ai fini della presente della Polizza ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato.

Accertamento Diagnostico

Prestazione medico strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia.

Anno Assicurativo

Si intende l'anno solare (dalle ore 00:00 del 1° gennaio fino alle ore 24:00 del 31 dicembre) in cui opera la copertura prevista dalla Polizza e in relazione al quale sono applicati, salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto, i Massimali di Polizza.

Assicurati

Ciascuno dei soggetti aderenti su base volontaria e individuale alla presente Polizza il cui interesse è protetto dall'Assicurazione come meglio precisato e nei limiti di cui all'art. 1 del Contratto.

Assicuratore o Società

Generali Italia S.p.a_ che stipula la Polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

Assicurazione o Contratto o Polizza

Il presente contratto di assicurazione collettiva sottoscritto da Inarcassa per conto altrui con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a tenere indenne l'Assicurato, secondo i termini e entro i limiti qui stabiliti, dei danni ad esso prodotti dal verificarsi di un Sinistro mediante l'erogazione della prestazione assicurativa.

Assistenza Diretta

La modalità di erogazione delle prestazioni assicurative per la quale le spese coperte dall'Assicurazione sono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie Convenzionate o Personale Sanitario Convenzionato, appartenenti al Network come del caso; in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza senza anticipare la relativa spesa e delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece di tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture o dal personale, appartenenti al Network nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante ai sensi della Polizza. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dal Network e solo previa autorizzazione dalla Centrale Operativa su richiesta dell'Assicurato, fatti salvi i casi di Urgenza.

Assistenza Indiretta

La modalità di erogazione della prestazione assicurativa per la quale le spese coperte dall'Assicurazione relative alle prestazioni sanitarie ricevute vengono rimborsate dalla Società all'Assicurato; in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza anticipando la relativa spesa e, quindi, pagando direttamente tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture Sanitarie o dal Personale Sanitario, come del caso, e la Società rimborsa all'Assicurato tale spesa nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante. Tale modalità di erogazione trova applicazione presso le Strutture Sanitarie e il Personale Sanitario non appartenenti al Network e, nei casi in cui l'Assicurato non abbia tempestivamente richiesto, per la prestazione sanitaria, l'attivazione dell'Assistenza Diretta, anche presso le Strutture Sanitarie Convenzionate e il Personale Sanitario Convenzionato, con espressa esclusione, in tale ultima ipotesi, dei casi di Urgenza.

PIANO SANITARIO "Integrativo"

Assistenza Infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale in possesso di specifico diploma o titolo equipollente.

Carenza/Termini di Aspettativa

Il periodo di tempo che intercorre tra la data di efficacia dell'Assicurazione e la decorrenza delle garanzie coperte dall'Assicurazione.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, integrato o non integrato dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.), redatto durante la degenza con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente Assicurato per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologia remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa

Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L., in funzione dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00 (festivi inclusi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l'Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l'organizzazione ed erogazione dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazioni sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, utilizzando allo scopo anche soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi si avvalgono anche di personale medico.

Commissione Tecnica

La Commissione tecnica composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall'Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l'Assicuratore, avente le funzioni previste dall'art. 29 di cui al presente Contratto.

Contraente

Inarcassa che stipula la polizza per conto altrui ed a beneficio degli Assicurati.

Convenzione

Il contratto sottoscritto tra Inarcassa e la Società che, insieme alla presente Polizza e agli altri atti di gara CIG B768BC5731 regola i rapporti tra le parti, ivi inclusa l'Assicurazione e le modalità di adesione alla Polizza in tutti i suoi aspetti.

Data Evento

Salvo quanto diversamente previsto di volta in volta nel Contratto: (i) per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; (ii) per le altre prestazioni previste dalla copertura, si intende la data in cui la prestazione sanitaria è stata effettivamente effettuata.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service e il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini del presente contratto, sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.

DIP

Documento informativo precontrattuale contenente informazioni per il prodotto assicurativo danni, per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche.

DIP Aggiuntivo

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo contenente le informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel DIP per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche ancor più nel dettaglio.

PIANO SANITARIO “Integrativo”

Documento di Polizza

Documento che prova l'Assicurazione.

Evento

Il Ricovero, Day Hospital, e altra prestazione sanitaria, la condizione di salute, Malattia o Infortunio e l'esigenza diagnostica, di prevenzione (incluse le prestazioni di check-up o di assistenza), nonché ogni altro evento coperto dalla Polizza come indicato all'art. 2 del Contratto.

Garanzie

Le coperture assicurative oggetto della presente Polizza come indicate all'art. 2 del Contratto.

Garanzia Facoltativa

La copertura assicurativa opzionale collegata alla presente Polizza che consiste nell'estensione delle Garanzie al Nucleo Familiare nei limiti di volta in volta previsti dal Contratto e che l'Assicurato può richiedere mediante relativa adesione e previo pagamento del relativo Premio.

Grandi Interventi Chirurgici (G.I.C.)

Gli interventi elencati nell'Allegato A al Piano Sanitario Base.

Gravi Eventi Morbosi (G.E.M.)

Gli eventi elencati nell'Allegato B al Piano Sanitario Base.

Immobilizzazione

Qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee, conseguente all'infortunio che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso, prescritti dallo specialista ortopedico e/o preveda un divieto di carico.

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società, ai sensi dell'art. 3.7. del Contratto, in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

Indennizzo

L'importo monetario dovuto dalla Società in caso di Sinistro il cui pagamento, in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto, o in forma di indennità, come previsto dal Contratto, rappresenta la prestazione assicurativa del Contratto.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post intervento.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero (pubblici o equiparati, privati accreditati, privati non accreditati), regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in

PIANO SANITARIO “Integrativo”

regime di degenza diurna.

Sono esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna in qualsiasi stadio (anche in situ e recidive); sono incluse le malattie neoplastiche del sangue e del sistema linfatico (leucemie, linfomi H. e linfomi NH, etc).

Malformazione congenita

Anomalia anatomica o strutturale di un determinato organo o apparato, di natura congenita, singola o multipla, macroscopica o microscopica, localizzata sulla superficie o all'interno del corpo.

Massimale

Somma massima complessivamente indennizzabile ai sensi di Contratto per ciascun Assicurato ovvero per ciascun Nucleo Familiare, compreso l'Assicurato, ove la Polizza sia estesa anche al Nucleo Familiare secondo l'opzione prescelta, per uno o più Sinistri nel corso dello stesso Anno Assicurativo.

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dalla Agenzia Italiana del Farmaco o dalle Agenzie internazionali alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Network Strutture Convenzionate o Network

L'insieme delle strutture sanitarie (istituti di cura, ambulatori medici, studi dentistici e odontoiatrici) convenzionate con, o per il tramite di, Welion per conto di Generali Italia, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per l'accesso alle prestazioni sanitarie o odontoiatriche previste dalla polizza.

Nucleo Familiare

I componenti della famiglia composta dall'Assicurato (cd. “capo nucleo”), dal coniuge, 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, convivente more uxorio o parte di unione civile, anche non conviventi.

Personale Sanitario

I professionisti sanitari, ivi inclusi medici specialisti ed odontoiatri, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Personale Sanitario Convenzionato

Il Personale Sanitario appartenente al Network, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Piano Sanitario Base

La polizza collettiva PIANO SANITARIO “BASE” stipulata da Inarcassa a favore dei propri iscritti e pensionati alla quale è collegata la presente Polizza.

Piastra chirurgica

Struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti, di norma, le funzioni per il pre-intervento (pre-anestesia), assistenza anestesilogica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

Premio

PIANO SANITARIO “Integrativo”

Somma dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione. Relativamente alla facoltà di estensione della Polizza, con onere a proprio carico, a favore del Nucleo Familiare, la somma dovuta dall'Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo per l'acquisto della Garanzia Facoltativa che prevede tale estensione.

Prestazione extraospedaliera

Prestazione sanitaria, sociosanitaria o riabilitativa erogata al di fuori delle strutture ospedaliere. La prestazione extraospedaliera ha l'obiettivo di garantire cure, riabilitazione e assistenza continuativa senza necessità di ricovero ospedaliero.

Retta di Degenza

Corrispettivo per il trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica in caso di Ricovero.

Ricovero

Degenza, attestata da idonea documentazione, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).

Rischio

Probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto

l'importo in valore percentuale (comunque ricompreso tra un importo in misura fissa minimo, cd. Scoperto Minimo, e un importo in misura fissa massimo, cd. Scoperto Massimo), stabilito dal presente Contratto che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro indennizzabile.

Set Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta almeno da: DIP (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

Sinistro

Il verificarsi dell'Evento per il quale è prestata l'Assicurazione ed è dovuta la prestazione assicurativa nei termini e condizioni del Contratto.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale e strutture accreditate con lo stesso.

Struttura Organizzativa

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Assago (MI) Via del Mulino, 4 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 01333550323, iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, Società che appartiene al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia S.p.A. al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A.

Strutture Sanitarie

Istituti di cura, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici), ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Trasporto Sanitario

Trasporto di persone con impiego di ambulanza, con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'Istituto di cura e dall'Istituto di cura, compreso il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o per il rientro alla propria abitazione.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

PIANO SANITARIO “Integrativo”

Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale in possesso di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di Polizza. Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, centro medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

Urgenza

Casi di urgenza medico sanitaria debitamente certificati dal medico e/o nei quali vi sia stata assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa rispettando il preavviso previsto dal Contratto.

Visita Specialistica

Visita effettuata da medico in possesso di specializzazione.

Welion

GENERALI WELION S.C.A.R.L. appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., che in virtù di specifico accordo, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia, tramite la propria centrale operativa, al contatto con l'Assicurato per l'organizzazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie, con le modalità ed entro i diversi limiti previsti nel contratto, nonché agli ulteriori servizi di prevenzione e consulenza presso le Strutture Sanitarie Convenzionate

PIANO SANITARIO “Integrativo”

PREMESSA

La presente Polizza è stata redatta in attuazione della Convenzione di durata biennale che Inarcassa ha sottoscritto con Generali Italia S.p.A. allo scopo di dare la possibilità ai propri Associati di poter godere, facoltativamente, di una copertura assicurativa, integrativa rispetto alla polizza collettiva PIANO SANITARIO “BASE” stipulata da Inarcassa in favore dei propri iscritti e pensionati iscritti (cd. Piano Sanitario Base), per tutte le forme di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico, e per tutte le prestazioni di cui al successivo art. 2.

L’adesione alla presente Polizza è riservata ai soli iscritti e pensionati iscritti ad Inarcassa che, siano già in copertura automatica ai sensi della polizza collettiva Piano Sanitario Base. L’adesione sarà necessariamente di tipo individuale; pertanto, i relativi oneri economici sono riferiti e rimangono interamente a carico del singolo iscritto aderente.

SOGGETTI ASSICURATI

Art. 1 – Soggetti Assicurati

Sono Assicurati ai fini della presente Polizza gli iscritti ad Inarcassa, che già fruiscano, in qualità di beneficiari non contraenti, del Piano Sanitario Base stipulato da Inarcassa, ed abbiano aderito, su base volontaria e individuale, alla presente Polizza nei termini di quanto stabilito al successivo articolo 21 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In ogni caso, la copertura di cui alla presente Polizza è esclusa per i pensionati non iscritti ad Inarcassa, quand’anche coperti dal Piano Sanitario Base.

1.1 - Estensione della copertura al Nucleo Familiare

Ciascun Assicurato, come sopra identificato, potrà estendere, con pagamento del relativo Premio a proprio carico, e per ciascun Anno Assicurativo coperto dalla “Convenzione Inarcassa” le Garanzie a favore del proprio Nucleo Familiare, fermi i limiti di copertura applicabili al Nucleo Familiare di volta in volta specificati nel presente Contratto. L’estensione opera esclusivamente per l’intero Nucleo Familiare senza possibilità di estensione parziale a singoli componenti del medesimo.

Con riferimento alla presente estensione, trovano applicazione i termini e condizioni di cui all’art. 21 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE E GARANZIE

Art. 2 – Oggetto dell’Assicurazione e massimali assicurati

L’Assicurazione opera, nei termini e condizioni di cui al presente Contratto, in caso di Ricoveri per Interventi Chirurgici diversi dai Grandi Interventi Chirurgici (G.I.C.) già coperti dal Piano Sanitario Base e dai Gravi Eventi Morbosi (G.E.M.) già coperti dal Piano Sanitario Base e, in particolare, è prestata per i seguenti Eventi e prevede la copertura delle spese sostenute dall’Assicurato per:

- a) Ricovero in Istituto di Cura (art. 3.1);
- b) Ricovero in regime di Day-Hospital (art. 3.2);
- c) Intervento Chirurgico (art. 3.1 e 3.2);
- d) Intervento Chirurgico Ambulatoriale (art. 3.3);

PIANO SANITARIO “Integrativo”

- e) Parto e aborto (art. 3.4);
- f) Trapianti (art. 3.5);
- g) Prestazioni di alta specializzazione (art. 4);
- h) Visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) e Accertamenti Diagnostici / Trattamenti Fisioterapici Rieducativi da Infortunio e Malattia (art. 5);
- i) Prevenzione (art. 6);
- j) Cure per il neonato nei primi tre mesi di vita (art. 7);
- k) Acquisto lenti (art. 8);
- l) Prestazioni odontoiatriche (art. 9);
- m) Diagnosi comparativa / ricerca medico più competente (art. 10);
e l'erogazione delle seguenti prestazioni:
- n) Servizi di consulenza (art. 11);
- o) Servizi di assistenza (art. 13);
- p) Teleconsulto e Welion Card (art. 11).

La copertura opera a condizione che i suddetti Eventi assicurati siano conseguenza di Malattia o Infortunio e si verifichino in vigenza di Polizza e a tal fine va considerata la Data Evento. In particolare, sono coperti gli eventi che si verificano dopo la data di decorrenza della Polizza o, se successiva, comunque dopo la data di inserimento in copertura dell'Assicurato, fatto salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto.

La copertura assicurativa della Polizza è prestata fino a concorrenza della somma massima di Indennizzo di **euro 300.000,00** per ciascun Assicurato e per ogni Anno Assicurativo, a prescindere dal numero di Sinistri occorsi nel medesimo Anno Assicurativo (Massimale di Polizza).

In caso di estensione della copertura assicurativa della Polizza a favore dei componenti del Nucleo Familiare dell'Assicurato, il predetto Massimale di Polizza resta unico ed è dunque pari a **euro 300.000,00** per l'intero Nucleo Familiare per Anno Assicurativo, compreso l'Assicurato. Inoltre, l'eventuale presenza di limiti (sotto limiti) di Indennizzo va anch'essa intesa per l'intero Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo.

Gli importi liquidati dalla Società a titolo di Indennizzo ai sensi della presente Polizza non concorrono al raggiungimento del Massimale di Polizza di cui al Piano Sanitario Base.

Art. 3 – Ricovero

Art. 3.1 – Ricovero in Struttura Sanitaria

L'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, per le seguenti spese sostenute in connessione con un Ricovero con o senza Intervento Chirurgico.

a) Pre-ricovero

Spese sostenute per Visite Specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biottiche, che non siano già in copertura a carico del Piano Sanitario Base, **nei 120 giorni precedenti** il Ricovero purché correlati e resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero. Tale Garanzia è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

b) Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

PIANO SANITARIO “Integrativo”

c) Assistenza medica, Medicinali, cure

Prestazioni medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, Medicinali ed esami, purché relativi al periodo di Ricovero ed alla patologia che comporta il Ricovero

I Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi sono compresi nella Garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico

d) Rette di degenza

Non sono comprese in Garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di Ricovero in Struttura Sanitaria non convenzionata con la Società, la Garanzia è prestata con il limite di **euro 210,00** al giorno. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

e) Accompagnatore

La Garanzia è prestata con riferimento alle spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assicurato nell'Istituto di Cura. L'Assicurato ha diritto alla copertura per l'accompagnatore anche per tutti gli Eventi coperti dal Piano Sanitario Base.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la Garanzia è prestata nel limite di **euro 110,00** al giorno per un **massimo di 60 giorni** per Ricovero.

f) Assistenza Infermieristica privata individuale

Spese per Assistenza Infermieristica privata individuale nel limite di **euro 100,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

g) Post-Ricovero

Spese per esami e accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici o Rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati **nei 120 giorni successivi** alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero; i Trattamenti Fisioterapici o Rieducativi e le cure termali sono compresi nella Garanzia solo nel caso di Ricovero con Intervento Chirurgico. Sono compresi in Garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 3.2 – Day Hospital o forma di Ricovero equivalente

Nel caso di Day-Hospital, l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante pagamento dell'Indennizzo, delle spese previste all'art. 3.1 che precede.

La presente Garanzia non è operante per le Visite Specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

Art. 3.3 – Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Nel caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, delle spese previste all'art. 3.1 che precede per le sole lettere a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento Chirurgico”, c) “Assistenza medica, Medicinali e cure” e g) “Post-ricovero”.

Art. 3.4 – Parto e aborto

I. In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di Cura convenzionato o non convenzionato con il Network, l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, delle spese previste all'art. 3.1 che precede per le sole lettere b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, Medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, e g) “Post-ricovero”.

II. In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in Struttura Sanitaria convenzionata

PIANO SANITARIO “Integrativo”

con il Network, la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, delle spese per previste all'art.3.1 che precede per le sole lettere b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, Medicinali, cure” e d) “Rette di degenza”. Relativamente alle prestazioni lett. g) “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto.

III. In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di Cura non convenzionato con il Network, la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato delle spese previste all'art. 3.1 lettere b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, Medicinali, cure”, e d) “Rette di degenza” e relativamente alle prestazioni lett. g) “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto. Tali spese vengono rimborsate con un massimale di euro 4.000,00 per Anno Assicurativo e Nucleo Familiare e non sono previsti sottolimiti. A titolo di chiarezza, vengono ricomprese nella presente Garanzia le prestazioni di amniocentesi e di prelievo dei villi coriali a fronte di idonea prescrizione medica

Art. 3.5 – Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a Malattia o a Infortunio, la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante pagamento di Indennizzo, delle spese previste all'art. 3.1, nonché delle spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la Garanzia assicura inoltre le spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero relativamente al donatore a titolo di Accertamenti Diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, Cure, Medicinali, Rette di degenza.

Art. 3.6 – Limiti di copertura

Con riferimento alle prestazioni di cui agli articoli da 3.1 a 3.5, trovano applicazione i seguenti limiti di copertura, fermo quanto previsto all'art. 14 che segue.

a) Prestazioni in Strutture Sanitarie appartenenti al Network.

A condizione che il Sinistro sia attivato in Assistenza Diretta quindi previo contatto con la Centrale Operativa (salvi i casi di Urgenza), le spese garantite dalla Polizza vengono liquidate, direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie Convenzionate, con l'applicazione di uno Scoperto del **10%**, con un minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 500,00** e con un massimo non indennizzabile (Scoperto Massimo) di **euro 7.500,00**.

Lo Scoperto si applica sull'insieme di tutte le spese (comprese le spese pre Ricovero e post Ricovero), ad esclusione delle seguenti:

1. art. 3.1 “Ricovero in Istituto di Cura”:
 - lett. d) Rette di degenza;
 - lett. e) Accompagnatore;
 - lett. f) Assistenza Infermieristica privata individuale;
 2. art. 3.4 “Parto e aborto” III capoverso;
- tenuto conto dei relativi limiti indicati nelle singole Garanzie

Fatti salvi i casi di Urgenza, le prestazioni effettuate presso il Network senza previa attivazione dell'Assistenza Diretta tramite la Centrale Operativa sono equiparate alle prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie non convenzionate e si applicano quindi, tra l'altro, le limitazioni dell'Indennizzo riconosciuto in regime di Assistenza Indiretta di cui alla successiva lettera b).

b) Prestazioni in Strutture Sanitarie non appartenenti al Network.

Le spese relative alle prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie non convenzionate (non appartenenti al Network) vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del **25%**, con un minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 750,00** e con un massimo

PIANO SANITARIO “Integrativo”

indennizzabile (Scoperto Massimo) di **euro 10.000,00** che verrà applicato sull'insieme di tutte le spese (comprese le spese pre- Ricovero e post-Ricovero), ad esclusione delle seguenti:

1. art. 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”:

- lett. d) Rette di degenza;
- lett. e) Accompagnatore;
- lett. f) Assistenza Infermieristica privata individuale;

2. art. 3.4 “Parto e aborto” III capoverso;

tenuto conto dei relativi limiti indicati nelle singole Garanzie.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di Ricovero presso il SSN e quindi con costo a completo carico del SSN, la garanzia sarà attivata in forma di Indennità Sostitutiva, ai sensi dell'art. 3.7 che segue.

Qualora, in connessione con il predetto Ricovero, l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, in luogo dell'indennità sostitutiva di cui al successivo art. 3.7, la Società rimborserà integralmente tali importi all'Assicurato nel limite del massimale assicurato.

Nel caso in cui il Ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate:

- secondo quanto indicato alla lett. a) “Prestazioni in Strutture Sanitarie appartenenti al Network, in caso di ricorso a Personale Sanitario Convenzionato con attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa;
- secondo quanto indicato alla lett. b) “Prestazioni in Strutture Sanitarie non appartenenti al Network, in caso di ricorso a Personale medico non convenzionato senza l'attivazione del servizio della Centrale Operativa.

Art. 3.7 – Indennità Sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Ricovero, non faccia richiesta di Rimborso in regime di Assistenza Diretta o Indiretta, né per il Ricovero, né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, ovvero in totale assenza di spese, l'Assicuratore si impegna a corrispondere all'Assicurato, quale Indennizzo, un'indennità diaria giornaliera (cd. Indennità Sostitutiva) di **euro 100,00** per ogni giorno di effettivo Ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un limite massimo di **90 giorni** per Ricovero ed Anno Assicurativo, fermo restando che le spese di pre e post Ricovero verranno invece comunque rimborsate mediante Indennizzo nei termini previsti dal Contratto

Nel caso di Day-Hospital, l'indennità giornaliera corrisposta è pari ad **euro 100,00**.

Tale Indennità Sostitutiva non sarà corrisposta qualora il Sinistro sia già in copertura attraverso il Piano sanitario Base.

Art. 4 – Prestazioni di alta specializzazione

La Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, per le spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere:

Alta diagnostica e Terapie Specialistiche

- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Chemioterapia
- Cisternografia

PIANO SANITARIO “Integrativo”

- Cistografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolor Doppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Elettroscopia
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- MOC
- Oronografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi

PIANO SANITARIO “Integrativo”

La Garanzia è prestata fino a un limite massimo di **euro 7.700,00** per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo. Per l'attivazione della presente Garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno Scoperto del **10%** e con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 50,00** per ogni Accertamento Diagnostico o per ciclo di terapia, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture Sanitarie **non convenzionate** con la Società (non appartenenti al Network), le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del **25%** e con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 75,00** per ogni Accertamento Diagnostico o per ciclo di terapia, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 5 – Visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) e Accertamenti Diagnostici/ Trattamenti Fisioterapici Rieducativi da Infortunio e Malattia

La Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante pagamento di Indennizzo, per le spese relative alle seguenti prestazioni:

- a) visite Specialistiche e per Accertamenti Diagnostici, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici;
- b) visite omeopatiche effettuate da medici il cui titolo deve risultare dalla documentazione fiscale;
- c) visite mediche specialistiche e gli Accertamenti Diagnostici - compresa l'amniocentesi - correlati alla gravidanza eseguiti in regime extra-ricovero.

Per l'attivazione della garanzia di cui ai punti a), b) e c) è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle Visite Specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata;

- d) trattamenti Fisioterapici e riabilitativi conseguenti a Infortunio e Malattia nel limite massimo di **euro 500,00** per Anno Assicurativo e per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare. Per l'operatività della presente Garanzia è necessaria la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso attestante l'Infortunio occorso od altra documentazione medica comprovante l'Evento, la data di accadimento ed il nesso di causalità con le terapie effettuate.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate (appartenenti al Network) , le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno Scoperto del **10%** e con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 50,00** per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture Sanitarie non convenzionate con la Società (non appartenenti al Network), le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 75,00** per ogni Visita

PIANO SANITARIO “Integrativo”

Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo, anche se somministrato in sedute multiple nell’ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga dell’SSN, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Assicurato.

Il limite massimo annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **euro 3.000,00** per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l’intero Nucleo Familiare.

Art. 6 – Prevenzione

In caso di adesione al presente piano sanitario e/o di estensione dello stesso al Nucleo Familiare, la Società garantisce a tutti gli Assicurati l’effettuazione dei seguenti Accertamenti Diagnostici con finalità di prevenzione una volta l’anno in Strutture Sanitarie Convenzionate (appartenenti al Network), previo contatto con la Centrale Operativa, senza necessità di prescrizione medica, in regime di Assistenza Diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

1. ALT
2. AST
3. Colesterolo completo
4. Colesterolo totale (HDL E LDL)
5. Creatina
6. Emocromo
7. Esame delle urine
8. Gamma GT
9. Glicemia
10. Psa
11. Ricerca sangue occulto fecale
12. Tempo di protrombina parziale (PTT)
13. Tempo di protrombina (PT)
14. Trigliceridi
15. Urea
16. VES
17. Visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica).

Per gli assicurati di sesso maschile:

- Accertamento dell’antigene prostatico specifico
- Ecografia dell’addome.

Per gli assicurati di sesso femminile:

- Visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria ed ecografia transvaginale).

L’Assicurato, per prestazioni diagnostiche e/o di prevenzione non comprese in Polizza, potrà ottenere, contattando preventivamente la Centrale Operativa della Società, l’applicazione delle tariffe agevolate previste dalla convenzione con la Struttura del Network.

Art. 7 – Cure per il neonato nei primi tre mesi di vita

La Società rimborsa, nell’ambito del Massimale di Polizza, le spese sanitarie sostenute nei primi 3 (tre) mesi di vita del neonato rientranti nelle Garanzie prestate dalla Polizza.

La Garanzia è operante a condizione che il neonato sia nato in pendenza di Polizza e venga in ogni

PIANO SANITARIO “Integrativo”

caso inserito nella copertura della Polizza entro il 90° giorno dalla nascita con pagamento del relativo Premio.

In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in regime di assistenza indiretta e passerà in regime di Assistenza Diretta dal giorno di inserimento del neonato nella copertura della Polizza.

Art. 8 – Lenti

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di **euro 200,00** per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare.

Per l'attivazione della Garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista attestante la variazione del visus. La prescrizione deve riportare il nome e cognome dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia (ad esempio miopia, astigmatismo, ecc.) che comporta l'uso di lenti correttive.

Art. 9 – Garanzia di prestazioni odontoiatriche Art. 9.1 – prevenzione odontoiatrica

La Società garantisce, una volta per Anno Assicurativo e in Strutture Convenzionate (appartenenti al Network) per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare, l'effettuazione di un programma di prevenzione dentale consistente in:

- una visita odontoiatrica
- una ablazione del tartaro

Art. 9.2 – Interventi chirurgici odontoiatrici

In parziale deroga di quanto previsto all'art. 24 “Esclusioni” punto 11, la Società si impegna a rimborsare all'Assicurato, in regime di Assistenza Indiretta, le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **euro 2.500,00** per Anno Assicurativo e per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare.

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

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

Art. 10 – Second Opinion (consulto di alta specializzazione)

L'Assicurato può richiedere, tramite la Struttura Organizzativa, un secondo parere medico di qualità a seguito di una diagnosi o test diagnostici.

La Second Opinion viene fornita, tramite le Strutture Convenzionate, nei seguenti ambiti:

- Oncologico
- Cardiologico
- Generalista

PIANO SANITARIO “Integrativo”

La Second Opinion è comunque prevista per le seguenti patologie diagnosticate:

1. AIDS
2. Cecità
3. Coma
4. Ictus
5. Insufficienza renale
6. Malattie neoplastiche maligne
7. Morbo di Alzheimer
8. Morbo di Parkinson
9. Paralisi
10. Patologie neuromotorie
11. Perdita della parola
12. Problemi cardiovascolari
13. Sclerosi Multipla
14. Sordità
15. Trapianti degli organi vitali

Potrà essere richiesto dall'Assicurato un riesame del caso mediante l'invio alla Società di tutta la documentazione medica necessaria.

La Struttura Organizzativa provvede, previo esame della documentazione richiesta, attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate a livello mondiale, a ottenere una nuova valutazione medica scritta e a trasmetterla all'Assicurato.

Il servizio viene fornito dalla Centrale Operativa di Generali Italia telefonando al Numero Verde 800.166.110 o dall'estero al +39 06 9727 0767, 7 giorni su 7, H24, digitando il tasto 6.

Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Struttura Organizzativa provvederà a inoltrare all'Assicurato la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata; la Struttura Organizzativa fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato.

Art. 11 – Teleconsulto e Welion Card

A) Teleconsulto

L'Assicurato può ricorrere gratuitamente al servizio di consulenza medica tramite telefonata o videochiamata:

- Per una consulenza medica di medicina generale e pediatria;
- Se il medico, secondo la sua valutazione professionale, lo ritiene necessario, al termine del consulto può anche prescrivere approfondimenti specialistici o diagnostici (ad esempio: visite, esami, accertamenti);
- Per ricevere informazioni su farmaci (composizione, controindicazioni) e tele-prescrizione di farmaci;
- Per ricevere informazioni su vaccinazioni obbligatorie per la legge italiana e vaccinazioni consigliate in caso di viaggi o trasferte all'estero;
- Per avere indicazioni sul presidio ospedaliero più vicino.

Il teleconsulto è attivo 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, senza limiti di utilizzo, chiamando il numero 800 166 110.

B) Welion Card

L'Assicurato può accedere al Network delle Strutture Convenzionate per effettuare visite mediche ed esami diagnostici a L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e

PIANO SANITARIO “Integrativo”

beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.

Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card (disponibile nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali) e un documento di identità in corso di validità.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali.

Art. 12 - Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Generali Italia telefonando al Numero Verde **800.166.110** o dall'estero al **+39 06 9727 0767, 7 giorni su 7, H24, digitando il tasto 6.**

a) Informazioni telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie solo tramite canale digitale

Generali Italia fornisce un servizio di prenotazione on line delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nelle strutture sanitarie convenzionate attraverso l'utilizzo dei canali digitali portale Web e App MyGenerali per le prestazioni abilitate.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Isritto, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Istituto di cura, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Isritto, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

e) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Isritto in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi a qualsiasi destinatario indicato dall'Isritto.

Art. 13 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa raggiungibile al Numero Verde **800.166.110** o dall'estero al **+39.0697270767 7 giorni su 7, H24 digitando il tasto 6.**

Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della

PIANO SANITARIO “Integrativo”

richiesta.

Generali Italia ha stipulato specifica convenzione con EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. in base alla quale la stessa provvede, per conto di Generali Italia e tramite la propria Struttura Organizzativa, al contatto con l'Assicurato e all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di cui alla presente sezione entro i diversi limiti nella stessa previsti e con costi a carico di Generali Italia.

PRESTAZIONI IN ITALIA

a) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Struttura Organizzativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, essendo inteso che le spese relative rimarranno a carico della Società.

b) Rientro dal Ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo a carico della Società la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

c) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e integralmente sostenuto quanto alle spese dalla Società.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

PRESTAZIONI ALL'ESTERO

d) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa, tenendo a carico della Società le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di **euro 104** per Sinistro.

e) Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'estero

Qualora l'Assicurato trovandosi all'estero, in caso di malattia/infortunio, necessitasse di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrati in Italia, la Struttura Organizzativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti, reperibili sul posto.

PIANO SANITARIO “Integrativo”

f) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a carico della Società le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto a spese della Società al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 14 – Accesso alle Strutture Sanitarie e Personale Sanitario

Per ottenere le prestazioni di cui necessita e oggetto delle Garanzie della presente Polizza, l'Assicurato può rivolgersi:

- alle strutture aderenti al Network;
- alle strutture Sanitarie Private non aderenti al network;
- alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.
- In regime misto

Art. 15 – Richieste di Indennizzo

A. Richiesta di Indennizzo in caso 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;
- numero verde dedicato.

Modalità di Autorizzazione

Portale web: L'Assistito può collegarsi al portale web dedicato accessibile tramite **Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali** e seguire la procedura prevista per la richiesta di autorizzazione. Questo strumento consente una gestione rapida e tracciabile delle richieste, facilitando l'invio della documentazione necessaria.

PIANO SANITARIO “Integrativo”

Numero verde dedicato: In alternativa, è possibile contattare direttamente la Centrale Operativa al numero **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)**

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;
- prescrizione o certificato medico attestante la diagnosi o presunta diagnosi.

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.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it e sull'app MyGenerali.

1 - Ricoveri ed interventi chirurgici

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive 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. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine.

Tempistiche di autorizzazione e conferma

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

2 - 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

3 - Garanzia di Prevenzione

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 da inoltrare tramite web/app o contact (via telefono), con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive prima della data della prestazione.

La prescrizione medica non è necessaria per attivare la procedura.

4 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni extraospedaliere

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare una prestazione extraospedaliere presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della

PIANO SANITARIO “Integrativo”

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.

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 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.

Documentazione necessaria per l'autorizzazione della diretta oltre a quella sanitaria

Alla prima richiesta 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 nella sezione Documenti dell'Area Web dedicata.

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.

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.

L'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate limitatamente a quanto autorizzato dalla Centrale Operativa e con l'applicazione dell'eventuale scoperto che resta a carico dell'assicurato.

B. Richieste di Indennizzo in caso di Assistenza Indiretta

Per le prestazioni sanitarie erogate da Strutture non appartenenti al Network, l'Indennizzo è liquidato mediante rimborso da parte dell'Assicuratore delle spese sostenute dall'Assicurato garantite dalla Polizza entro i limiti/sotto limiti e con applicazione di Scoperti come previsti, per la prestazione in regime di Assistenza Indiretta, dall'articolo 3.6.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni garantite dalla Polizza, l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore apposito modulo di denuncia sinistro con richiesta di Indennizzo, debitamente compilato e corredato da copia della documentazione medica indicata nella tabella sotto riportata.

PIANO SANITARIO “Integrativo”

Tipo prestazione	Documentazione utile per il rimborso
1) Indennità sostitutiva di ricovero per GIC e GEM	
1.1 ricovero fino a 10 giorni di degenza	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
1.2 ricovero oltre 10 giorni di degenza	Cartella clinica
2) Spese sostenute pre e post ricovero G.I.C. e G.E.M., domiciliari e ambulatoriali:	
2.1 Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga) oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
2.2 Prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
2.3 Terapie radianti, chemioterapiche, follow-up oncologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
3) Trasporto sanitario	SDO; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

Qualora, nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'Assistenza Indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del SSN (competenze dell'Istituto di Cura/Retta di Degenza), applicando il disposto all'art. 3.6, lett. b).

In caso di spese sostenute all'estero, il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora per uno stesso Evento l'Assicurato abbia ricevuto da Inarcassa un'indennità per inabilità temporanea assoluta ("ITA") ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. f) dello Statuto dell'Associazione e delle relative disposizioni regolamentari (testi reperibili sul sito istituzionale www.inarcassa.it), Inarcassa avrà diritto di surrogare l'Assicurato alla Società nella richiesta della Indennità Sostitutiva e della Indennità da Infortunio, prevista dal Piano Sanitario Base, nei limiti dell'importo effettivamente corrisposto a titolo di indennità per Inabilità Temporanea Assoluta.

C. Sinistri attivati presso il SSN (Assistenza Indiretta)

Per le prestazioni sanitarie erogate da Strutture Sanitarie e/o Personale Sanitario del SSN,

PIANO SANITARIO “Integrativo”

l'Indennizzo è liquidato mediante rimborso da parte dell'Assicuratore di tutte le spese sostenute dall'Assicurato garantite dalla Polizza (per trattamento alberghiero e per ticket sanitari) per i Ricoveri ed extra-Ricovero, entro i limiti/sottolimiti applicabili e senza applicazione di Scoperti. In questo caso, non verrà corrisposta l'Indennità Sostitutiva di cui all'art. 3.7.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore apposito modulo di denuncia sinistro con richiesta di Indennizzo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica prevista in polizza per ciascuna prestazione (V. tabella alla precedente lettera B). Il modulo di richiesta di Indennizzo e le istruzioni per la trasmissione di tale modulo sono indicati nell'Allegato alla presente Polizza.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute, debitamente quietanzata).

D. Sinistri per prestazioni in “regime misto”

Qualora il Sinistro riguardi una prestazione sanitaria effettuata da una Struttura Sanitaria Convenzionata o da Personale Sanitario non appartenente al Network, l'Indennizzo delle sole prestazioni fuori Network è liquidato mediante rimborso da parte dell'Assicuratore di tutte le relative spese con le modalità previste per il regime di Assistenza Indiretta e con i limiti di Scoperto previsti all'art. 3.6 lett. b).

E. Sinistri con pagamento di Indennità

Le denunce di Sinistro con richiesta di Indennizzo per il pagamento di indennità da parte dell'Assicuratore, ove dovute, sono presentate dall'Assicurato mediante invio all'Assicuratore di apposito modulo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica indicata nella tabella di cui al punto B che precede e da copia della documentazione di spesa. Il modulo di denuncia di Sinistro e richiesta di Indennizzo sono indicati nel medesimo Allegato alla presente Polizza o sul sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> alla voce “Area Clienti” oppure tramite l'App “My Generali”.

Le Indennità vengono liquidate dall'Assicuratore mediante pagamento del corrispondente importo come maturato ai sensi del Contratto.

Art. 16 – Termine per la presentazione della denuncia

Le richieste di Indennizzo devono essere trasmesse dall'Assicurato alla Società entro 180 giorni dalla Data Evento. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate prima del Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate dopo il Ricovero o Day Hospital, o in assenza di Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

Art. 17 – Termini di pagamento dell'Indennizzo in forma di Assistenza Indiretta e/o indennità

Nei casi diversi dall'Assistenza Diretta, l'Assicuratore si obbliga a liquidare i Sinistri e corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa (medica e di spesa) relativa al Sinistro come prevista dal Contratto.

Art. 18 – Anticipo

Nei casi di Ricovero coperto dalla presente Polizza per i quali l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo e non operi l'Assistenza Diretta, la Società, su richiesta dell'Assicurato o di un suo

PIANO SANITARIO “Integrativo”

familiare, provvederà al pagamento di quanto richiesto a tale titolo in un importo massimo pari al 70% delle spese preventivate dall'Istituto di Cura, salvo conguaglio al termine del Ricovero.

PREMI

Art. 19 – Premi

Il Premio annuo, comprensivo di oneri fiscali è pari ai seguenti importi, differenziati a seconda della fascia di età dell'Assicurato, come segue:

- i) per ogni Assicurato fino al compimento dei 45 anni € 924,60
- ii) per ogni Assicurato dal compimento dei 45 anni di età al compimento dei 65 anni di età € 1.209,80
- iii) per ogni Assicurato dopo il compimento dei 65 anni di età € 1.867,60

Art. 20 – Estensione al Nucleo Familiare

Qualora l'Assicurato intenda estendere le coperture della presente polizza al Nucleo familiare, tale estensione opererà obbligatoriamente per tutti i suoi componenti.

Ai fini dell'estensione il premio dovuto per ciascun familiare verrà scontato del 20% rispetto a quello dovuto dall'assicurato ai sensi dell'articolo 19 in relazione alla rispettiva età anagrafica.

In deroga a quanto sopra i Figli fino a 12 anni sono inseriti in copertura gratuitamente e le coperture operano fino al 31 dicembre dell'anno di compimento del dodicesimo anno.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 21 – Inclusione ed esclusione degli assicurati

L'adesione alla presente Polizza è riservata ai soli iscritti ad Inarcassa che, al momento dell'adesione stessa, risultino già in copertura ai sensi del Piano Sanitario Base. Resta fermo che non possono aderire alla presente Polizza i pensionati non iscritti ad Inarcassa quand'anche coperti dal Piano Sanitario Base.

L'adesione è individuale e facoltativa ed ha durata annuale corrispondente all'Anno Assicurativo. Al termine di ciascun Anno Assicurativo, l'iscritto può decidere se rinnovare la copertura per l'anno successivo.

Per effetto dell'adesione, l'Assicurato assume integralmente l'onere economico relativo al pagamento del Premio e beneficia delle Garanzie della presente polizza.

Gli Assicurati beneficiari della presente Polizza possono, su base volontaria e individuale e con riferimento a ciascun Anno Assicurativo, estendere la copertura della Polizza, nei limiti di quanto stabilito nel Contratto, al proprio Nucleo Familiare come previsto dal precedente articolo 20. Per effetto dell'estensione della copertura della Polizza al Nucleo Familiare, l'iscritto assume integralmente l'onere economico del relativo Premio.

21.1- Inclusioni/esclusioni relative agli iscritti e pensionati iscritti ad Inarcassa ed estensioni al Nucleo Familiare

Per poter aderire alla presente Polizza, l'iscritto dovrà accedere al seguente link <https://welfare.genuass.com/generali/inarcassa> con pagamento contestuale del relativo Premio annuo entro il termine del 28 febbraio di ciascun Anno Assicurativo, essendo inteso che la mancata adesione entro tale data comporta l'impossibilità di aderire per l'annualità assicurativa in corso del Piano Sanitario Base e fino alla successiva scadenza di annualità assicurativa.

L'estensione della copertura della Polizza ai componenti del Nucleo Familiare deve avvenire

PIANO SANITARIO “Integrativo”

contestualmente all'adesione dell'iscritto alla Polizza mediante inserimento dei relativi dati nel modulo di adesione. Una volta che l'Assicurato abbia aderito alla Polizza, non sarà più possibile effettuare l'estensione della copertura della Polizza ai detti familiari per il medesimo Anno Assicurativo.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla Società.

La copertura della Polizza avrà, in tal caso, decorrenza dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui la Società ha ricevuto la comunicazione di estensione e a condizione che sia stato pagato il relativo Premio e cesserà alle ore 24:00 del 31 dicembre dell'Anno Assicurativo in corso. Il Premio dovuto per tale estensione sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano dalla decorrenza dell'estensione alla scadenza del Contratto.

Nel caso in cui, nel corso dell'Anno Assicurativo, venga a cessare, in capo all'Assicurato, la qualifica di iscritto ad Inarcassa, le Garanzie per lo stesso e per il Nucleo Familiare al quale sia stata estesa la copertura della Polizza vengono mantenute sino alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

21.2– Inclusioni relative ai neoiscritti e dei loro familiari

Per poter aderire alla presente Polizza, il neoiscritto dovrà accedere al seguente link <https://welfare.genuass.com/generali/inarcassa> con pagamento contestuale del relativo Premio annuo entro la fine del mese successivo a quello della notifica di iscrizione, essendo inteso che la mancata adesione entro tale data comporta l'impossibilità di aderire per l'annualità assicurativa in corso del Piano Sanitario Base e fino alla successiva scadenza di annualità assicurativa.

La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio e cesserà alle ore 24.00 del 31 dicembre. Il Premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi dell'Anno assicurativo in corso quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Contratto a partire dal mese successivo a quello in cui il neo-iscritto ha comunicato l'adesione.

L'estensione della copertura della Polizza ai componenti del Nucleo Familiare da parte del neo-iscritto deve avvenire contestualmente all'adesione del neo-iscritto alla Polizza mediante inserimento dei relativi dati nel modulo di adesione e con le ulteriori modalità di cui al precedente paragrafo 21.1. Una volta che l'Assicurato abbia aderito alla Polizza, non sarà più possibile effettuare l'estensione della copertura della Polizza ai detti familiari. Anche per questi familiari, la copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio e cesserà alle ore 24.00 del 31 dicembre, e il Premio per l'estensione della copertura sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi dell'Anno assicurativo in corso che mancano alla scadenza del Contratto.

L'estensione della copertura della Polizza al Nucleo Familiare da parte del neo-iscritto in un momento successivo alla sua adesione alla Polizza è consentita solamente nel caso di variazione in corso d'Anno Assicurativo del Nucleo Familiare per modifiche nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla società.

La copertura della Polizza avrà, in tal caso, decorrenza dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui la Società ha ricevuto la comunicazione di estensione e a condizione che sia stato pagato il relativo Premio e cesserà alle ore 24:00 del 31 dicembre dell'Anno Assicurativo in corso. Il Premio dovuto per tale estensione sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano dalla decorrenza dell'estensione alla scadenza del Contratto.

Art. 22 – Dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo,

PIANO SANITARIO “Integrativo”

nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 c.c.. Non è prevista la compilazione e sottoscrizione di alcun questionario sanitario assuntivo.

Art. 23 – Decorrenza e durata

23.1– Decorrenza delle Garanzie

Anche in deroga all'art. 1901 cc, le Garanzie di cui alla presente Polizza operano con decorrenza dalle ore 00:00 del 01 gennaio e fino alle ore 24:00 del 31 dicembre per tutti gli Assicurati (ivi inclusi i componenti del Nucleo Familiare in caso di estensione contestuale delle Garanzie) che vi aderiscano entro il 28 febbraio del medesimo Anno Assicurativo, sempre che a tale data sia stato interamente versato il Premio dovuto. In tal caso, la copertura decorre in forma rimborsuale secondo il regime dell'assistenza indiretta dalle ore 00:00 del 01 gennaio mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di Assistenza Diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso del Premio da parte della Società. Resta salvo quanto indicato al precedente art. 21, commi 1 e 2, per i casi di adesione dei neo-iscritti e/o di estensione delle coperture della Polizza al Nucleo Familiare successive al 28 febbraio.

23.2– Termini di Aspettativa

Le Garanzie operano senza soluzione di continuità con le precedenti polizze sanitarie integrative in Convenzione con Inarcassa sottoscritte dagli Assicurati per le precedenti annualità assicurative. In tal caso, non trovano applicazione i Termini di Aspettativa.

Limitatamente agli Assicurati che aderiscono per la prima volta al presente Piano Integrativo nell'ambito della Convenzione, le Garanzie decorrono dalle ore 24:00:

- del giorno di efficacia dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di efficacia dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 300° giorno successivo a quello di efficacia dell'Assicurazione per il parto e le Malattie da puerperio.

23.3– Durata dell'Assicurazione

La durata dell'Assicurazione è correlata a quella del Piano Sanitario Base a cui è indissolubilmente connessa. In caso di cessazione anticipata del Piano Sanitario Base, l'adesione alla Polizza cessa alla scadenza dell'Anno Assicurativo in corso senza possibilità di rinnovo dell'adesione.

L'Assicuratore, in deroga all'art. 1898 c.c., non può recedere dal Contratto.

23.4– Prosecuzione della Garanzia oltre la scadenza

Per eventi occorsi in vigenza di polizza, le Garanzie sono operanti anche successivamente alla scadenza della polizza stessa ed entro i suoi limiti e massimali, anche per le spese ad essi connessi rimborsabili ai termini di Polizza.

ART. 24 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero. Gli assicurati residenti all'estero saranno ammessi in copertura esclusivamente nel caso in cui la Società sia autorizzata ad operare nel Paese estero di residenza.

Art. 25 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- 1) le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione al Piano Integrativo Inarcassa.

A parziale deroga del precedente paragrafo si precisa che, per tutti coloro che aderiranno al Piano Integrativo Inarcassa per la prima volta durante la validità della presente polizza in occasione

PIANO SANITARIO “Integrativo”

delle scadenze anniversarie, si considereranno in garanzia le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente a tale data di adesione, una volta che siano decorsi 12 mesi dalla data di adesione stessa.

- 2) e conseguenze di Infortuni sofferti prima della decorrenza della Polizza;
- 3) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 5 diottrie oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- 4) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- 5) gli Infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le Malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- 6) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale e le relative prove di allenamento;
- 7) gli Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- 8) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di Infortuni o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
- 9) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), e l'esposizione a radiazioni ionizzanti, a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- 10) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 11) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle parodontopatie non rese necessarie da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- 12) i Ricoveri per Malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura.
- 13) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- 14) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- 15) AIDS e patologie correlate all'AIDS.

Art. 26 – Limiti di età

Per gli Assicurati di cui all'art. 1 non è previsto alcun limite di età.

Art. 27– Modifiche dell'Assicurazione

Eventuali modifiche al presente Contratto dovranno essere approvate da Inarcassa e dalla Società mediante atto scritto da esse sottoscritto, fermo restando che nessuna modifica potrà essere concordata al di fuori di quelle consentite e disciplinate dal codice dei contratti pubblici.

Art. 28 - Rinuncia alla surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surroga prevista dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili.

Art. 29 – Commissione Tecnica

L'Assicuratore e Inarcassa procederanno alla costituzione di una commissione (“**Commissione Tecnica**”) composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall'Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l'Assicuratore.

Fermo restando il diritto di avvalersi di ogni rimedio e azione previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari applicabili, l'Assicurato potrà richiedere, per il tramite di Inarcassa, che sia sottoposta alla Commissione Tecnica la risoluzione amministrativa di problematiche relative a controversie

PIANO SANITARIO “Integrativo”

sull'interpretazione di clausole contrattuali della Polizza e di particolari sinistri oggetto di rifiuto, contestazione o ritardo. Le valutazioni rese dalla Commissione Tecnica devono essere recepite dalla Compagnia nella gestione dello specifico sinistro sottoposto alla Commissione.

Art. 30 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

L'Assicurato deve comunicare all'Assicuratore l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente Polizza, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1910 c.c., fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro.

Art. 31 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Società, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza.

Art. 32 – Legittimazione alla partecipazione ai giudizi

Inarcassa non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'Indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'Assicurato e all'Assicuratore.

Art. 33 - Mediazione, risoluzione delle controversie e foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente Contratto, il foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto.

Per le controversie relative al Contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al precedente paragrafo (artt. 4 e 5 D. Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

Art. 34 – Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 cc I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 35– Interpretazione della Polizza

Si conviene che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto previsto dalle condizioni tutte di Polizza.

Art. 36– Legge applicabile. Rinvio alle norme di legge

Il Contratto è soggetto alla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente previsto o derogato dalla presente Polizza, trovano applicazione le norme previste dall'ordinamento giuridico italiano.

Centrale Operativa

800 166 110

dall'Italia

+39 06 9727 0767

dall'estero

**dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì alla domenica (festivi inclusi),
per informazioni sul piano di assistenza sanitaria è possibile inviare una mail all'indirizzo
assistenza.inarcassa@generali.com**

PIANO SANITARIO “Integrativo”

L'Assicurazione

Il Contraente