

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI IN SALUTE

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie ed Assistenza

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- Nota informativa, comprensiva del glossario
- Condizione di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

GENERALI SEI IN SALUTE

Nota Informativa

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie ed Assistenza

Mod. FP06/05

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Centrale Operativa Medica	<i>La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.</i>
Contraente	La persona che stipula il contratto di assicurazione.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società Generali Italia S.p.A..

Strutture Mediche Convenzionate Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Generali Italia S.p.A. - Gruppo Generali;
- b) sede legale: Mogliano Veneto (TV) - Via Marocchesa, 14 - Italia;
- c) recapito telefonico: +39 041 5492 111, sito internet: www.generali.it, e-mail info.it@generali.com;
- d) è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle Imprese di assicurazione ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi;
- e) Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto ammonta a 11.581.854.000 euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.618.628.000 euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 9.198.582.000 euro. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è 4,35 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza indicata in contratto il Contraente deve inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.1 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede una copertura per l'indennizzo delle spese mediche in caso di ricovero o intervento chirurgico dovuto a malattia, infortunio o parto.

La copertura prevede le seguenti garanzie principali: "Spese ospedaliere e chirurgiche", "Maternità e cura del neonato", "Malattie Oncologiche", "Indennità sostitutiva", "Rimborso spese extraricovero", "Programma prevenzione sanitaria" e "Visite specialistiche ed esami di laboratorio".

A tali garanzie principali è inoltre abbinata una copertura Assistenza che varrà per tutti gli Assicurati.

Potrà essere inoltre abbinata la garanzia Tutela Legale che, se operante, varrà per tutti gli Assicurati.

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, *operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza*, si rinvia agli articoli del Capitolo 3 "Garanzie", del Capitolo 7 "Programma di prevenzione sanitaria" ed agli articoli della Sezione Assistenza delle condizioni di assicurazione.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le Parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: nel contratto sono previste limitazioni ed esclusioni alle garanzie assicurative ovvero cause di

sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni, esclusioni e cause di sospensione sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 2.1 e 4.3 delle condizioni di assicurazione e all'articolo che disciplina le "Esclusioni" della Sezione Assistenza.

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede - in relazione ad alcuni eventi - franchigie, scoperti, massimali. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare agli artt. 3.9, 3.10, 3.11, 5.6 e 5.8 delle condizioni di assicurazione ed alla Sezione Assistenza.

Per facilitare la comprensione del meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio massimale:

Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche: euro 500.000,00

Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 300.000,00: indennizzo integrale.

Secondo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 250.000,00: indennizzo pari a euro 200.000,00 (500.000,00-300.000,00).

Esempio di scoperto:

Scoperto del 25% per la garanzia Rimborso spese extraricovero.

Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.

L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 375,00 (500,00-125,00: dove 125,00 rappresenta il 25% delle spese sostenute ed indennizzabili).

Esempio di franchigia:

Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche.

Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie è necessario che trascorran periodi di tempo – carenze – prima che le stesse siano operanti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 4.4 delle condizioni di assicurazione.

5. Dichiarazioni dell' Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare effetti sulla prestazione.

Per le conseguenze relative alle dichiarazioni inesatte o alle reticenze si rinvia all'art. 2.5 delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: la compilazione del questionario sanitario deve essere fatta in maniera precisa e veritiera.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 4.2 delle condizioni di assicurazione.

Esempio

L'Assicurato dichiara al momento della stipulazione del contratto di non essere affetto da tossicodipendenza. Se in corso di contratto ne diviene affetto ed omette di darne comunicazione, al momento del sinistro la Società applicherà quanto previsto dall' art. 1898 del Codice Civile.

7. Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS, per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

() si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

*(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.*

Il Contraente può versare il premio annuo in più rate. In tal caso il premio annuo viene aumentato del 3% per rateizzazione semestrale e del 4,5% per rateizzazione trimestrale.

Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità

- *concordando con il Contraente l'attivazione di specifiche clausole in caso di assicurazione del suo nucleo familiare;*
- *concordando con il Contraente l'attivazione di limitazioni di garanzia;*
- *sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.*

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad indicizzazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.8 delle condizioni di assicurazione.

Alla scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga il premio verrà aggiornato in base all'età raggiunta dall'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.3 delle condizioni di assicurazione.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto prevede, sia per il Contraente sia per la Società, la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge o dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il diritto di recesso per sinistro non può essere esercitato dalla Società decorso un anno dalla stipulazione e non è operante qualora il contratto sia di durata inferiore ai due anni.

Per i termini e modalità di esercizio si rinvia all'art. 2.7 delle condizioni di assicurazione ed all'art. 1899 del

Codice Civile.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, sulla quale comunque prevalgono le norme imperative di diritto italiano, per la redazione del contratto.

12. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che

- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero ovvero per la garanzia Spese chirurgiche ed ospedaliere con la data dell'intervento chirurgico se sostenuto senza ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve avvenire non appena se ne abbia avuta la possibilità;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

Avvertenza: per le garanzie della Sezione Assistenza si precisa che

- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il singolo fatto o avvenimento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato;*
- *la denuncia del sinistro deve avvenire con le modalità e nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alle norme delle condizioni di assicurazione:

- del Capitolo 5 "Norme operanti in caso di sinistro";
- dell'articolo dedicato alle "Modalità per la richiesta di assistenza" delle Condizioni di assicurazione Assistenza.

Avvertenza: la gestione dei sinistri relativi alle prestazioni della Sezione Assistenza è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo dedicato alle Modalità per la richiesta di assistenza delle condizioni di assicurazione Sezione Assistenza.

Avvertenza: per la Sezione Tutela Legale, si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., nel presente documento anche denominata per brevità DAS. Si rinvia alla Sezione Tutela Legale per gli aspetti di dettaglio.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: l'Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo

alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica. Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga dell'assistenza diretta, il rimborso sarà effettuato, salvo condizioni concordate tra le Parti, senza applicazione di uno scoperto.

Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia agli articoli del capitolo 5 "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione.

L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate per l'Assicurato con la polizza GENERALI SEI IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE è disponibile sul sito www.generalitalia.it.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generalitalia.com.

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad Ivass può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

16. Arbitrato e Mediazione

In caso di controversia tra le Parti relativa a questioni mediche è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale. L'arbitrato avrà luogo nel comune, sede di istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'art. 5.9 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV)

e-mail: generalitalia@pec.generaligroup.com

Per la sezione Tutela Legale in caso di disaccordo tra l'Assicurato e DAS relativamente all'opportunità di ricorrere al procedimento giudiziario nonché alla successiva gestione della vertenza, la decisione potrà essere demandata ad un arbitro. Si rinvia all'art. 6 (Gestione del sinistro) della relativa Sezione. In tal caso l'istanza di attivazione dell'arbitrato nei confronti di DAS dovrà essere effettuata con lettera raccomandata indirizzata a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona- Fax (045) 8351025 – posta elettronica certificata: servizio.clienti@pec.das.it

Avvertenze: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere

preventivamente alla negoziazione assistita. Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione)

Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma

Fax 06.44.494.313

e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

* * *

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Generali Italia S.p.A.

Amministratore Delegato e Direttore Generale

Marco Sesana



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

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

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI IN SALUTE

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi della Salute

ALTA PROTEZIONE - TOP

Mod. FP06/05

Contraente _____

Polizza N. _____



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

GENERALI SEI IN SALUTE - ALTA PROTEZIONE TOP

1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato	La persona residente in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Centrale Operativa Medica	<i>La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.</i>
Contraente	La persona che stipula il contratto di assicurazione.
Day hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
Lettera di impegno	<i>Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero, all'intervento chirurgico o alla prestazione diagnostica extraricovero e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Non fumatore	L'Assicurato che: <ul style="list-style-type: none">• non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;• negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.

Nucleo familiare	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
Pagamento a rimborso	La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento diretto	Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative a ricoveri, interventi chirurgici o prestazioni diagnostiche extraricovero indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento misto	La liquidazione che la Società, in parte in forma di pagamento diretto alle Strutture Mediche Convenzionate ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
SEI IN SALUTE Card	Documento che consente all'Assicurato di accedere, previa autorizzazione della Centrale Operativa Medica, alle Strutture Mediche Convenzionate per usufruire del pagamento diretto.

2. NORME COMUNI

Art. 2.1 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. In caso di sospensione il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 5.2 e all'art. 7.7 resterà sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno del pagamento fermo quanto previsto al successivo periodo. Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con

un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

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

Art. 2.2 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito.

Art. 2.3 - Proroga dell'assicurazione - Aggiornamento del premio

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto- sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Essendo la tariffa del presente contratto basata sull'età dell'Assicurato, in occasione della scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato nella vigente tariffa in un aumento forfetario del 3% da applicarsi all'ultimo premio antecedente ciascuna proroga annuale ferma la successiva applicazione dell'art. 2.8 Indicizzazione.

A tale aggiornamento non è soggetto il premio dell'assicurazione Assistenza e dell'assicurazione Tutela Legale.

Art. 2.4 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 2.5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.6 - Dichiarazione di stato di non fumatore

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione

ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 2.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorso un anno dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Le disposizioni del presente articolo non operano qualora il contratto sia di durata inferiore ai due anni.

Art. 2.8 - Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (indice costo della vita).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di agosto dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto con quello del mese di agosto successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie ed i premi Assistenza e Tutela Legale.

Art. 2.9 - Variazioni nell'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa Medica può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture dalle convenzioni.

Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica, consultare il sito internet www.generali.it oppure rivolgersi all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.10 - Periodo di assicurazione - mezzi di pagamento del premio

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferisce al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
- per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, *salvo il buon fine degli addebiti stessi*, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive;
- fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.
In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.
In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale. Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

(*) *si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

(**) *in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.*

Art. 2.11 - Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.12 - Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

Art. 2.13 - Obblighi del contraente - Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;*
- *gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Art. 2.14 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente, è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro 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 I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

3. GARANZIE

Art. 3.1 - Spese ospedaliere e chirurgiche

La presente assicurazione opera, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza, in caso di:

- **interventi chirurgici** effettuati in regime di ricovero in istituto di cura, day hospital o ambulatorio medico, resi necessari da malattia od infortunio;
- **ricoveri in istituto di cura senza intervento chirurgico** resi necessari da malattia o infortunio;

per l'indennizzo delle spese necessarie per:

- gli onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- le rette di degenza;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici (compresa agopuntura purché effettuata da medico) o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni di ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato ai 240 giorni successivi alla data di dimissione;
- l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 45 giorni successivi alla data di dimissione, *fino alla concorrenza del limite di euro 4.000,00;*
- trasporto dell'Assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, *il tutto fino ad un massimo di euro 5.000,00 per intervento o ricovero.*

Art. 3.2 - Maternità e cure del neonato

La Società tiene indenne l'Assicurata in caso di ricoveri in istituto di cura per parto con o senza taglio cesareo delle spese necessarie per:

- gli onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;

- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- c) le rette di degenza;
- d) il trasporto dell'Assicurata in autoambulanza all'istituto di cura e per il ritorno a casa.

La suddetta garanzia opera anche in caso di parto avvenuto a domicilio dell'Assicurata per le spese sopraindicate sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi.

Oltre a quanto sopra riportato, in caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa inoltre le spese rese necessarie per:

- e) esami e visite specialistiche, medicine, altre prestazioni mediche ed infermieristiche, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Le spese per il parto sono indennizzate fino a concorrenza:

- **della somma di euro 8.000,00 per il parto senza taglio cesareo;**
- **della somma di euro 12.000,00 per il parto con taglio cesareo.**

In qualsiasi caso di parto dell'Assicurata la stessa è tenuta indenne, fino a concorrenza della somma assicurata per le "Spese ospedaliere e chirurgiche", delle spese necessarie per cure ed interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

Art. 3.3 - Malattie oncologiche

In caso di diagnosi di malattia oncologica la Società tiene indenne l'Assicurato, oltre a quanto previsto dall'art. 3.1, delle spese rese necessarie dalla malattia per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche precedenti la diagnosi della malattia, anche in assenza di ricovero;
- visite specialistiche e terapie oncologiche non chirurgiche (radianti e chemioterapiche) rese necessarie dalla malattia, sostenute entro i 2 anni dalla dimissione del ricovero, avvenuto in vigenza di polizza, durante il quale è stata diagnosticata per la prima volta la malattia oncologica.

Inoltre, relativamente all'assistenza infermieristica professionale successiva alla dimissione il limite previsto dall'art. 3.1 si intende elevato a euro 6.000,00 ed il periodo a 60 giorni dopo la dimissione stessa.

Art. 3.4 - Estensione per cure dentarie a seguito di infortunio

La Società tiene indenne l'Assicurato delle spese sostenute a seguito di infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive. La garanzia comprende le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari ed è *operante fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per persona ed anno assicurativo con applicazione di uno scoperto pari al 20% delle spese sostenute.*

Ai fini dell'operatività della garanzia è richiesta la certificazione rilasciata dall'Istituto di Cura o dal centro di Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso, comprovante l'avvenuto infortunio ed il trauma dentario.

Art. 3.5 -Trapianti

Nel caso l'Assicurato necessiti, in conseguenza di malattia od infortunio, di essere sottoposto a trapianto, la Società tiene indenne l'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata, delle spese necessarie per il trapianto di organi, o parti di essi, nonché delle spese sostenute anche per l'eventuale ricovero del donatore vivente; tale garanzia opera negli stessi termini previsti all'art. 3.1.

Art. 3.6 - Accompagnatore

Nel caso l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura, necessiti dell'assistenza di un accompagnatore la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese necessarie per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, od in struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore.

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 150,00 giornalieri, per un periodo non superiore a quello di ricovero dell'Assicurato con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa; le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per annualità assicurativa.

Art. 3.7 - Indennità sostitutiva

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di euro 150,00 per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione. L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero – lettere d), e), f) e g) dell'art. 3.1 e lettere d) ed e) dell'art. 3.2 – saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

Art. 3.8 - Anticipo indennizzi

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Società un anticipo sull'ammontare di spese complessivamente preventivate dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili a termini di polizza.

La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 15.000,00;
- entro il limite del 50% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000,00;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

In caso di convenzionamento "misto" l'anticipo potrà essere richiesto limitatamente agli importi di spesa relativi agli onorari dei medici non convenzionati. *In tal caso nel preventivo da presentare secondo le modalità descritte al successivo art. 5.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.*

Art. 3.9 - Somma assicurata

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata.

Art. 3.10 - Rimborso spese extraricovero

La Società indennizza all'Assicurato le spese rese necessarie da malattia o infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 5.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| - Amniocentesi | - Fluorangiografia oculare |
| - Angiografia | - Isterosalpingografia |
| - Arteriografia | - Holter |
| - Cateterismo cardiaco | - Laserterapia |

- | | |
|---|--|
| - Cistografia | - Mielografia |
| - Clisma opaco | - Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC) |
| - Colecistografia | - Radioterapia |
| - Coronarografia | - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) |
| - Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler) | - Scintigrafia |
| - Ecocardiografia | - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) |
| - Elettromiografia | - Tomografia ad emissione di positroni (PET) |
| - Endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.) | - Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET) |
| - Esame urodinamico completo | - Urografia |

La Società indennizza le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Art. 3.11 - Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite effettuate da specialisti (escluse comunque le visite pediatriche, ginecologiche, odontoiatriche ed ortodontiche, oculistiche volte al controllo del solo visus);
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

La presente garanzia è operante fino a concorrenza della relativa somma indicata in polizza, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per l'insieme delle persone assicurate risultanti in polizza.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 per singola prestazione sostenuta e documentata.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto e del minimo sopra indicato.

Il rimborso delle spese relative ad esami diagnostici e di laboratorio avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e di laboratorio.

La richiesta di rimborso relativa all'insieme di spese indennizzabili a termini della presente garanzia dovrà essere effettuata, in un'unica soluzione, entro i 60 giorni successivi alla scadenza dell'annualità assicurativa nel corso della quale sono state sostenute le spese stesse. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

4. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 4.1 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.2 - Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte

di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Art. 4.3 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto; la deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;*
- g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- h) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- j) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- k) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- l) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione;*
- m) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia, fatto salvo quanto previsto all'art. 3.4;*
- n) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- o) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- p) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*
- q) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);*
- r) ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;*
- s) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.*

Art. 4.4 - Termini di aspettativa

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;*

- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- c) del trecentesimo giorno successivo per il parto;
- d) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINITRO

Art. 5.1 - Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento** a norma dell'art. 5.2 attivando preventivamente la **Centrale Operativa Medica** che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- **richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate** all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato a norma dell'art. 5.3;
- **ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale** o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la **corresponsione dell'indennità sostitutiva** a norma dell'art. 5.4.

In ogni caso per le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico l'Assicurato, *provveduto personalmente al pagamento, ne richiederà il rimborso in base a quanto previsto dall'art. 5.3.*

Art. 5.2 - Modalità di pagamento: il pagamento diretto

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese relative all'assistenza ricevuta dall'Assicurato durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico o dell'eventuale l'eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese di cui agli art. 3.1, 3.2 e 3.4 senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando

dall'Italia al numero 800 713 720
dall'estero al numero +39 0258 286 696

fornendo i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- causale del ricovero o dell'intervento chirurgico risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata sarà sufficiente che l'Assicurato presenti la SEI IN SALUTE CARD e compili la Lettera di impegno. La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, fatto salvo l'eventuale scoperto/franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso.

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) *quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;*
- b) *quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;*
- c) *quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate ed il pagamento a rimborso per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati.*

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo art. 5.3.

Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Art. 5.3 - Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto.

In caso di ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Mediche Convenzionate ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto e la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati fermo il pagamento diretto per le spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate.

La Società provvede inoltre a rimborsare all'Assicurato le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico e previste agli artt. 3.1, 3.2 e 3.4.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a dimissione avvenuta e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva l'eventuale franchigia.

Art. 5.4 - Modalità di pagamento: l'indennità sostitutiva

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate – ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero – la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'art. 3.7 previa presentazione a dimissione avvenuta della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

In tale caso la Società inoltre rimborserà le spese sostenute:

- nei 100 giorni precedenti l'intervento o il ricovero e rimborsabili a termini della lettera d) dell'art. 3.1;

- nei 150 o 120 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero e rimborsabili a termini delle lettere e) degli artt. 3.1 e 3.2;
- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio e rimborsabili a termini della lettera f) dell'art. 3.1;
- per il trasporto dell'Assicurato e rimborsabili a termini degli artt. 3.1 lettera g) e 3.2 lettera d).

Il rimborso delle predette spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.5 - Modalità di pagamento: l'anticipo indennizzi

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'art. 3.8, la Società anticiperà all'Assicurato stesso la somma occorrente a condizione che:

- *sia presentata idonea certificazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del ricovero;*
- *l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.*

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata non indennizzabilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

Art. 5.6 - Modalità di pagamento: le spese Extraricovero

L'Assicurato che debba sostenere una delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione di cui all'art. 3.10 potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **usufruire del pagamento diretto** secondo le modalità operative previste all'art. 5.2 attivando preventivamente la **Centrale Operativa Medica** che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- **richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate** alla struttura medica non convenzionata secondo quanto indicato nell'art. 5.3.

La Società indennizza le spese nella misura del 75% (scoperto 25%) e fino a concorrenza della somma assicurata prevista all'art. 3.10. In caso di pagamento diretto lo scoperto del 25% deve essere versato direttamente dall'Assicurato alla Struttura Medica Convenzionata.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

L'indennizzo delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica contenente regolare diagnosi o sospetto diagnostico. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.7 - Documentazione fiscale – Rimborso da Terzi

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati, intendendosi per tali anche quelli effettuati a Struttura Medica Convenzionata in luogo dell'Assicurato stesso.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi.*

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno 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.

Art. 5.8 - Franchigia

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia pattuita.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata.

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

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva, la franchigia in somma è sostituita da una franchigia di 5 giorni; l'indennità viene pertanto corrisposta a partire dal 6° giorno di ricovero.

- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa;
- i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta;
- le spese indennizzabili a termini dell'art. 3.3 Malattie oncologiche, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 3 fatta eccezione per l'art. 3.10 "Rimborso spese extraricovero" e l'art. 3.11 "Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio".

Art. 5.9 - Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) *fornire alla Centrale Operativa Medica od alle Strutture Mediche Convenzionate ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*

3) *nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

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

Art. 5.11 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

PROGRAMMA PREVENZIONE SANITARIA

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Struttura Organizzativa La struttura di EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 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 appartenente 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 della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico della Società.

Centrale Operativa Medica La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Dental-Network La rete di studi odontoiatrici garantiti da Pronto-Care, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i circa 1800 Dentisti convenzionati, presenti su tutto il territorio nazionale.

GARANZIE PRESTATE

Art. 7.1 - Programma di prevenzione sanitaria

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà beneficiare del programma di prevenzione effettuando le prestazioni sanitarie di check-up successivamente indicate. Il primo check-up sarà erogabile nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegata clausola cod. CU01. I check-up successivi saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione del check-up avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nel check-up sono le seguenti, differenziate in base al sesso:

DONNA	UOMO
a) Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Bilirubina totale- Colesterolemia- Creatininemia- Emocromo completo con piastrine- Fosfatasi alcalina- Gamma-GT- Glicemia- GOT, GPT- HDL- Protidemia con elettroforesi proteica- Trigliceridemia- Uricemia- VES- TSH, FT3, FT4- Esame urine completo- Ricerca sangue occulto fecale	a) Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Bilirubina totale- Colesterolemia- Creatininemia- Emocromo completo con piastrine- Fosfatasi alcalina- Gamma-GT- Glicemia- GOT, GPT- HDL- Protidemia con elettroforesi proteica- Trigliceridemia- Uricemia- VES- PSA, PSA FREE, PAP- Esame urine completo- Ricerca sangue occulto fecale

b) Visite specialistiche con esami ambulatoriali:

- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo o in alternativa con ecocardiogramma
- Visita ginecologica con esame pap-test

b) Visite specialistiche con esami ambulatoriali:

- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo o in alternativa con ecocardiogramma
- Visita urologica

Art. 7.2 - Prevenzione odontoiatrica in Dental-Network

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica in Dental-Network successivamente indicate.

Tali prestazioni saranno erogabili nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegata clausola cod. CU01. Le prestazioni successive saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione delle prestazioni avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nella prevenzione odontoiatrica in Dental-Network sono le seguenti:

- Ablazione del tartaro;
- Visita odontoiatrica di controllo.

Art. 7.3 - Prevenzione & benessere on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

L'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa per richiedere, in seguito ad apposita intervista telefonica, le seguenti informazioni:

- individuazione di un programma personalizzato di controlli e screening sanitari periodici;
- indicazione dei principali danni provocati dal tabagismo ed eventuale individuazione del programma terapeutico per la disassuefazione dal fumo più idoneo per l'Assicurato;
- determinazione della fascia di "peso forma" dell'Assicurato ed eventuale individuazione di un corretto programma nutrizionale con l'ausilio di uno specialista in scienza dell'alimentazione;
- pianificazione dell'attività fisica da integrare nello stile di vita dell'Assicurato, compatibilmente con lo stato di salute dello stesso.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo per l'Assicurato.

Art. 7.4 - Consulenza medica post check-up

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, dopo aver effettuato degli esami clinici di check-up, necessiti di un consulto medico telefonico per l'interpretazione dei relativi esiti, può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che lo orienteranno verso un eventuale approfondimento specialistico.

Art. 7.5 - Guida alla prevenzione on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti le prestazioni di medicina preventiva presso il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale:

- individuerà le migliori strutture sanitarie nazionali e internazionali per la medicina preventiva, ed eventuali specializzazioni (prevenzione oncologica, senologica, dermatologica, ginecologica, andrologica, ecc.);
- fornirà informazioni relativamente ai medici specialisti;
- fornirà le informazioni richieste relativamente ai diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- indicherà l'ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;

- fornirà consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti.

Art. 7.6 - Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura – centri diagnostici – laboratori di analisi

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato intenda effettuare accertamenti diagnostici, esami di laboratorio o visite specialistiche ai fini della prevenzione sanitaria, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo per l'Assicurato.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 7.7 - Modalità di erogazione del programma di prevenzione sanitaria

Per effettuare le prestazioni sanitarie di cui all'art. 7.1 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale

Operativa Medica – in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.10.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) nome e cognome;*
- b) numero di polizza;*
- c) luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni sanitarie comunicando la disponibilità presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese relative alle prestazioni sanitarie comprese in garanzia.

La Società e la Centrale Operativa Medica non verranno a conoscenza degli esiti del check-up.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di non avvalersi della prenotazione e del pagamento diretto, effettuando per proprio conto le prestazioni sanitarie presso altre strutture mediche non convenzionate; in tal caso la Società rimborserà le spese sostenute per le prestazioni sanitarie comprese in garanzia, *fino a concorrenza massima di euro 250,00 da intendersi come disponibilità complessiva per ciascun check-up.*

Per il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato dovrà inviare le fatture di spesa in originale direttamente alla Società. La richiesta di rimborso dovrà essere effettuata, in un'unica soluzione per ciascun check-up, entro i 60 giorni successivi alla scadenza dell'annualità assicurativa nel corso della quale sono state sostenute le spese indennizzabili.

Qualora gli esami di laboratorio di cui all'art. 7.1 lett. a) vengano effettuati mediante prescrizione del proprio medico curante l'Assicurato avrà diritto al rimborso integrale del ticket; *qualora invece tali accertamenti non vengano effettuati per il tramite del proprio medico curante il rimborso per dette spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20%.*

Art. 7.8 - Modalità di erogazione della prevenzione odontoiatrica in Dental-Network

Per effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui all'art. 7.2 l'Assicurato potrà contattare

Dental-Network – dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.10.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *nome e cognome;*
- b) *numero di polizza;*
- c) *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

Dental-Network, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni odontoiatriche.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente al Dentista convenzionato le spese relative alle prestazioni comprese in garanzia.

Art. 7.9 - Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza di cui agli artt. 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa – in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.10.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla GSPP;*
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Art. 7.10 - Numeri telefonici

L'Assicurato, per beneficiare delle prestazioni come indicato nei precedenti artt. 7.7, 7.8, 7.9 potrà telefonare ai seguenti numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali:

dall'Italia al numero 800 713 720
dall'estero al numero +39 0240 959 638

L'Assicurato, seguendo le apposite istruzioni telefoniche, dovrà indicare se intende contattare:

- la Centrale Operativa Medica, per beneficiare del programma di prevenzione sanitaria di cui all'art. 7.1;
- Dental-Network, per beneficiare delle prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui all'art. 7.2;
- la Struttura Organizzativa, per beneficiare delle prestazioni di assistenza di cui agli artt. 7.3, 7.4, 7.5, 7.6.

ASSICURAZIONE ASSISTENZA - EXCLUSIVE

La presente Assicurazione Assistenza è operante se indicato in polizza il relativo premio.

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Struttura Organizzativa EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8 - Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 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 appartenente 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 di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico della medesima Società.

Dental-Network La rete di studi odontoiatrici garantiti da Pronto-Care, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i circa 1800 Dentisti convenzionati, presenti su tutto il territorio nazionale.

Malattia improvvisa Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Network medico di riferimento L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa e selezionati sulla base di criteri di specializzazione e di eccellenza, che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Prestazioni Le prestazioni di assistenza nei confronti degli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società, salvo quanto previsto all'art. 8 per il servizio Dental-Network.

Sinistro Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione, che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e che rientra nei termini di contratto.

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro oggetto di una delle prestazioni di seguito indicate.

Art. 1 - Consulenze ed informazioni telefoniche

a) Consulenza medica generica (7 giorni su 7 – 24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

b) Consulenza medica specialistica (7 giorni su 7 – 24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente con uno specialista in pediatria, ginecologia, cardiologia o geriatria, e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

c) Consulto tra specialisti

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato, valutate dal medico specialista, richiedano un consulto, la Struttura Organizzativa – previo esame del caso clinico da parte della propria équipe – organizza un contatto tra il medico specialista dell'Assicurato e uno o più specialisti nella specifica patologia.

d) Collegamento telefonico con l'istituto di cura

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, la Struttura Organizzativa, previa sua richiesta, attiverà un collegamento telefonico diretto tra i medici della stessa ed il medico curante sul posto; le notizie cliniche verranno poi comunicate alle persone indicate dall'Assicurato.

e) Guida Sanitaria on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Art. 2 - Assistenza domiciliare sanitaria

a) Invio di un medico generico al domicilio

Qualora a seguito di infortunio, malattia o parto (naturale o cesareo) l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

b) Invio medico specialista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero della durata di almeno:

- *5 giorni in caso di intervento chirurgico;*
- *10 giorni senza intervento chirurgico;*
- *10 giorni successivi al parto (naturale o cesareo),*

necessiti di una visita specialistica domiciliare urgente in Italia, *valutata necessaria anche dai medici della Struttura Organizzativa* e non gli sia possibile reperire il proprio medico specialista abituale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un medico specialista sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 1 visita per sinistro.

La prestazione verrà fornita entro i seguenti orari:

- *nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00;*
- *sabato e prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00;*
- *nei giorni festivi 24 ore su 24.*

La prestazione è operante nei 15 giorni successivi alle dimissioni dell'Assicurato.

Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, la Struttura Organizzativa, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, organizzerà il suo trasferimento in una struttura medica mediante autoambulanza.

c) Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario *fino ad un massimo di 6 ore per sinistro*.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

d) Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario *fino ad un massimo di 6 ore per sinistro*.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

e) Ospedalizzazione domiciliare post ricovero

In caso di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero della durata di almeno:

- 5 giorni in caso di intervento chirurgico;
- 10 giorni senza intervento chirurgico;
- 10 giorni successivi al parto (naturale o cesareo),

la Struttura Organizzativa, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di personale medico e paramedico convenzionato, sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Per poter organizzare la prestazione è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

f) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

g) Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

h) Esecuzione esami e accertamenti al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero ospedaliero di:

- 5 giorni in caso di intervento chirurgico;
- 10 giorni senza intervento chirurgico;

- 10 giorni successivi al parto (naturale o cesareo),

necessiti di eseguire al proprio domicilio prelievi del sangue/ ecografie/ esami radiografici potrà contattare la Struttura Organizzativa che accertata la necessità della prestazione provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato il professionista richiesto, sostenendone l'onorario.

*La prestazione è operante nei 30 giorni successivi alle dimissioni dell'Assicurato.
La prestazione è operante solo ed esclusivamente in Italia.*

i) Reperimento e invio di personale socio sanitario al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero della durata di almeno:

- 5 giorni in caso di intervento chirurgico;
- 10 giorni senza intervento chirurgico;
- 10 giorni successivi al parto (naturale o cesareo),

al suo rientro al domicilio necessiti di assistenza per lo svolgimento delle seguenti attività:

- deambulazione e mobilità
- vestizione e igiene personale
- alimentazione

potrà contattare la Struttura Organizzativa, che valutata l'effettiva necessità, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un operatore qualificato sostenendone l'onorario per un massimo di 45 ore.

La prestazione è operante nei 15 giorni successivi alle dimissioni dell'Assicurato. Qualsiasi prestazione di durata inferiore all'ora verrà conteggiata come 1 ora effettiva.

*La struttura organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio.
La prestazione è operante solo ed esclusivamente in Italia.*

j) Reperimento e invio di personale per riabilitazione domiciliare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero della durata di almeno:

- 5 giorni in caso di intervento chirurgico;
- 10 giorni senza intervento chirurgico;
- 10 giorni successivi al parto (naturale o cesareo),

necessiti di eseguire prestazioni di riabilitazione al proprio domicilio potrà contattare la Struttura Organizzativa, che valutata l'effettiva necessità della prestazione, provvederà ad individuare ed ad inviare il professionista indicato al domicilio dell'Assicurato sostenendone l'onorario per un massimo di 15 sedute.

La prestazione è operante nei 15 giorni successivi alle dimissioni dell'Assicurato. La struttura organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio.

La prestazione è operante solo ed esclusivamente in Italia.
Resta a carico dell'Assicurato il costo dell'esame.

k) Supporto psicologico

Qualora in caso di infortunio o malattia, che abbia comportato un ricovero ospedaliero, l'Assicurato necessiti di prestazioni mediche di supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione di consulenza di supporto psicologico o al rimborso di analoghe sedute eseguite da un medico specialista di fiducia del paziente tenendone a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 6 sedute con il limite di Euro 1.000,00.

Art. 3 - Telemedicina

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

a) Distance care

In caso di ricovero, dovuto ad infortunio o malattia, di almeno 5 giorni con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato, sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare la prestazione è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

b) Medical Advice Program

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- **Consulenza medica di secondo livello**

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa – attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri – al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica e le eventuali spese di trasferimento e alloggio dell'Assicurato sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare la prestazione di seconda opinione internazionale.

Tale prestazione prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

Art. 4 - Assistenza domiciliare non sanitaria

a) Supporto scolastico allo studente assicurato

Qualora, a seguito di infortunio o malattia che comporti un'assenza da scuola superiore a 30 gg di lezione continuativi come da certificazione, l'Assicurato minorenne necessitasse di ricevere il supporto di un insegnante per rimettersi in pari con le lezioni scolastiche, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'invio al domicilio di un insegnante *fino ad un massimo di 15 ore complessive nell'arco di 4 settimane*. Qualora non sia possibile reperire l'insegnante, la Struttura Organizzativa rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 600,00 per sinistro.

Le prestazioni seguenti verranno prestate a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero in istituto di cura superiore a 3 giorni e da certificato medico l'Assicurato risulti temporaneamente incapace a svolgere le proprie occupazioni professionali, o in assenza di occupazione professionale le proprie normali attività quotidiane, per un periodo continuativo di almeno 7 giorni.

b) Reperimento e invio di una collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario *fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni*.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

c) Reperimento e invio di una baby sitter/old sitter al domicilio

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni e/o un familiare convivente di età superiore ai 75 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter/old sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di cinque giorni.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby sitter inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

d) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali o disbrigo di altre incombenze amministrative, e non sia in grado di provvedervi autonomamente, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità organizza le prestazioni richieste, sostenendone le spese fino a 10 ore per ogni sinistro. *Restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare per le utenze domiciliari.*

e) Viaggio di una persona di fiducia in alternativa alla baby sitter/old sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni e/o un familiare convivente di età superiore a 75 anni, e qualora non si sia usufruito della prestazione di cui alla lett. c) "Reperimento e invio di una baby sitter/old sitter al domicilio", la Struttura Organizzativa sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di residenza dell'Assicurato.

f) Sistemazione per gli animali domestici

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, fosse impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa organizzerà il pensionamento di cani di piccola/media taglia e gatti, sostenendone le spese fino ad un massimo di 10 gg entro il limite di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la pensione stessa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa.

Ulteriori costi che non rientrano nella sistemazione degli animali, come ad esempio la cura di malattie oppure altre particolari richieste, restano in ogni caso a carico dell'Assicurato.

g) Viaggio dei figli dell'Assicurato residenti fuori a seguito di ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia si trovi ricoverato in Italia in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni ed abbia i figli residenti all'estero, ed i medici ritengano necessaria la loro presenza, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di uno dei figli residente all'estero un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

Art. 5 - Assistenza in viaggio

a) Viaggio di un familiare

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa ed i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

b) Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato, a seguito di infortunio o malattia, in istituto di cura all'estero e si renda necessaria la presenza di un interprete, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirlo sostenendone gli onorari fino ad un massimo di 8 ore lavorative giornaliere.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

c) Segnalazione medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, in seguito a infortunio o malattia necessitasse di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrate in Italia, potrà contattare la Struttura Organizzativa che segnalerà all'assicurato medicinali equivalenti reperibili sul posto.

Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali.

d) Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio non sia in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita, in conseguenza di infortunio o malattia, la Struttura Organizzativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro e di euro 100,00 al giorno per ciascun assicurato.

A rientro effettuato, qualora l'Assicurato non fosse in grado di fornire la documentazione medica comprovante la causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno, dovranno essere rimborsate le spese sostenute dalla Struttura Organizzativa ai sensi del presente articolo.

Art. 6 - Trasporto dell'Assicurato

a) Invio ambulanza

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino tenendone a proprio carico i costi fino ad un massimo di 100 km andata e ritorno in Italia.

b) Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al domicilio, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di raggiungere il domicilio dell'assicurato.

La Società terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per sinistro di 300 km (a/r) per l'autoambulanza e fino a Euro 150,00 per il taxi.

c) Trasferimento in istituto di cura specialistico

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato, ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario (*solo nei paesi europei*);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

d) Rientro dall'istituto di cura

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia e successivamente alla prestazione "Trasferimento in Istituto di cura specialistico", necessitasse di rientrare al proprio luogo di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo secondo quanto previsto all'articolo precedente.

Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

e) Rientro sanitario

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto - rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario (*solo nei paesi europei*);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali od internazionali.

f) Rientro anticipato

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio sia costretto a rientrare al proprio domicilio prima della data programmata e con un mezzo di trasporto diverso da quello inizialmente previsto a causa del decesso di un familiare *(esclusivamente se trattasi di coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora)* la Struttura Organizzativa fornirà un biglietto per il rientro - con treno in prima classe o aereo in classe economica – fino al luogo del decesso o dell'inumazione assumendosene le spese.

A rientro effettuato, qualora l'Assicurato non fosse in grado di fornire la documentazione comprovante la causa del rientro, dovranno essere rimborsate le spese sostenute dalla Struttura Organizzativa ai sensi del presente articolo.

g) Rimpatrio della salma

(prestazione valida ad oltre 100 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

In caso di decesso dell'Assicurato la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le relative spese.

Non sono comprese nella prestazione le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscano il trasporto, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.

Art. 7 - Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste in conseguenza di infortunio o malattia improvvisa, verrà provveduto per suo conto al pagamento, a titolo di anticipo, di fatture per le quali non sia in grado di provvedere direttamente, fino alla concorrenza di euro 500,00.

Qualora l'ammontare delle fatture dovesse superare tale importo, la prestazione verrà corrisposta solo in presenza in Italia di garanzie bancarie o di altro tipo ritenute adeguate e fino ad un massimo di euro 5.000,00.

Tale prestazione verrà corrisposta compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel paese in cui si trova momentaneamente l'Assicurato e comunque l'importo dovrà essere rimborsato alla Struttura Organizzativa al suo rientro non oltre 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso.

Trascorso tale termine l'Assicurato dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

Art. 8 - Dental-Network

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Il servizio prevede:

- nel caso l'Assicurato si trovi lontano dalla propria residenza – per motivi di lavoro, studio o diletto – e necessiti di una prestazione odontoiatrica in Italia, il supporto nella ricerca del Dentista disponibile in Dental-Network;
- il coordinamento e l'assistenza per fissare l'appuntamento in Dental-Network;
- l'accesso alle tariffe scontate previste per le prestazioni medico-sanitarie rese da un Dentista di Dental-Network rispetto alle tariffe normalmente applicate per le medesime prestazioni;
- informazioni sui Dentisti e sulle tariffe di Dental-Network;
- la richiesta di invio di SMS sul cellulare per ricordare l'appuntamento in Dental-Network.

Modalità di accesso al servizio

Per usufruire del servizio l'Assicurato potrà contattare Dental Network al **numero verde 800 197 397 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali**, oppure tramite e-mail all'indirizzo **info@pronto-care.com**.

Ulteriori informazioni su Dental-Network sono disponibili accedendo a:

www.pronto-care.com.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo per l'Assicurato.

Art. 9 - Attivazione della Struttura Organizzativa

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa, salvo quanto previsto all'art. 8 per il servizio Dental-Network.

Art. 10 - Limite per anno assicurativo

Ciascuna prestazione di assistenza non è fornita più di tre volte per annualità assicurativa, fatta eccezione per le prestazioni di cui all'art. 1.

Art. 11 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le prestazioni di assistenza di cui agli artt. 2, 3, 4, 6 – lett. a), b) –, l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Art. 12 - Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa telefonando ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 713 720

dall'estero al numero +39 0240 959 638

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla **GSIB***
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che lo hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 1 – lett. a), b), c), d) – 2, 4, 5, 6, 7;
- dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 1 – lett. e) – 3.

Art. 13 - Esclusioni

L'assicurazione Assistenza non è comunque operante per:

- a) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- b) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causati da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- c) *gli infortuni e le altre conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni, nonché in conseguenza di azioni dolose delittuose dell'Assicurato;*
- d) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sports aerei in genere e dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- e) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- f) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- g) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave.*

Art. 14 - Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 15 - Altre assicurazioni Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. 16 - Rinvio alle condizioni generali di assicurazione

Alla presente assicurazione Assistenza si applicano anche gli articoli "Durata dell'assicurazione", "Oneri" e "Rinvio alla legge" dell'assicurazione Malattie.

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

GENERALI SEI IN SALUTE - TUTELA LEGALE

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.

con sede in Verona – Via Enrico Fermi 9/B – Numero verde 800475633 – Fax (045) 8351023, sinistri@das.it in seguito per brevità denominata DAS.

A quest'ultima dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altro elemento relativi a tali sinistri.

La presente assicurazione Tutela Legale è operante se indicato in polizza il relativo premio.

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assistenza stragiudiziale	Tutela prestata all'Assicurato per evitare, mediante una transazione tra le parti, di ricorrere al giudice.
Fatto illecito	Inosservanza di un precetto dell'ordinamento giuridico.
Illecito extracontrattuale	Quando il danno che ne è conseguente non ha alcuna connessione con i rapporti contrattuali eventualmente intercorrenti tra danneggiato e danneggiante.
Inadempimento contrattuale	Mancato o inesatto adempimento agli obblighi derivanti da un contratto.
Sentenza passata in giudicato	Provvedimento definitivo non più impugnabile.
Sinistro	La controversia o il procedimento che origina le spese processuali per le quali è prestata l'assicurazione.
Transazione	Accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, evitano l'insorgenza di una causa o pongono fine ad una causa già iniziata.

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società assume a proprio carico, nei limiti del massimale indicato in polizza, l'onere relativo ad ogni spesa per assistenza giudiziale attiva, **in ogni stato e grado di giudizio civile**, nonché per assistenza extragiudiziale attiva e peritale, per la tutela degli interessi degli Assicurati indicati in polizza.

Per spese si intendono:

- le spese per intervento di un legale;
- le spese per intervento di un perito e di un eventuale investigatore privato.

La garanzia è operante esclusivamente per le controversie relative a *malpractice* di Strutture Sanitarie, medici, infermieri ed operatori sanitari nei confronti dei soggetti Assicurati in polizza.

Art. 2 - Esclusione

Sono escluse dalla garanzia le spese relative a:

- a) procedimenti penali e amministrativi;
- b) le spese del legale e del perito di controparte e quelle di soccombenza;
- c) recupero crediti;
- d) oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione atti, ecc.);
- e) pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- f) le spese di domiciliazione;
- g) controversie non previste e disciplinate dall'Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione;
- h) controversie con la Società anche qualora quest'ultima fosse l'assicuratore della controparte.

Art. 3 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per i sinistri verificatisi nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino e che, in caso di giudizio, sono trattati davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi. L'assicurazione si estende alle controversie concernenti la responsabilità di natura extracontrattuale determinate da fatti verificatisi nei Paesi aderenti all'Unione Europea e che vengono trattate davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi.

Art. 4 - Decorrenza della garanzia

La garanzia vale per i sinistri insorti e determinati da fatti verificatisi nel periodo di validità della garanzia stessa e precisamente dopo le ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione e sempreché i sinistri siano stati denunciati entro 12 mesi dalla cessazione della polizza.

I fatti che hanno dato origine al sinistro si intendono avvenuti nel momento iniziale della *malpractice*; il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto. Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro.

Art. 5 - Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS mediante una delle seguenti modalità:

1. DENUNCIA TELEFONICA al nr. verde 800475633: DAS raccoglierà la denuncia, indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del sinistro e rilascerà un numero identificativo della pratica.
2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata a DAS:

- per posta elettronica a: sinistri@das.it, oppure
- per posta ordinaria a: DAS S.p.A. - Via Enrico Fermi 9/B - 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali

ritardi nella gestione del sinistro.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. *In caso di inadempimento si applica l'art. 1915 Codice Civile.*

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale che esercita in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia, ovvero che esercita nel Circondario del Tribunale ove ha la sede legale o la residenza l'Assicurato - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con DAS.

Art. 6 - Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro di cui all'art. 5 "Denuncia del sinistro e scelta del legale" , DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs. 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.

Ove la composizione bonaria non riesca, *se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo*, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Art. 5 "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- *l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*
- *gli incarichi ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;*
- *gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*
- *l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati da DAS, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.*

Per quanto riguarda le spese attinenti l'esecuzione forzata, l'Assicurato è tenuto indenne limitatamente ai primi due tentativi.

DAS non è responsabile dell'operato di legali e consulenti tecnici.

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulla gestione del sinistro la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 7 - Liquidazione del danno

DAS provvederà - per conto della Società - a liquidare, *nei limiti dell'operatività della garanzia assicurativa prestata e fino a concorrenza dei relativi massimali indicati nel contratto*, tutte le somme a carico dell'Assicurato dovute ai legali ed ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati per l'attività professionale svolta in favore dell'Assicurato, sia in fase stragiudiziale sia in fase giudiziale.

La liquidazione del sinistro avverrà esclusivamente alla conclusione di ciascun grado di giudizio. La Società e/o DAS non sono tenute a corrispondere anticipi all'Assicurato o a pagare acconti ai legali ed ai periti incaricati.

In caso di condanna, soccombenza o di transazione che comporti oneri, tutte le spese legali e peritali, comprese quelle liquidate in favore dell'altra parte, saranno a carico della Società, *dopo esaurimento di quanto eventualmente a carico di altro assicuratore.*

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari, fino a concorrenza dell'indennizzo assicurativo pagato.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

A seguito della denuncia di qualunque sinistro, effettuata a termini di polizza, nell'ambito della intera durata del contratto, è facoltà di entrambe le Parti recedere dalla garanzia. Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo od alla contestazione formale del sinistro. La garanzia cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la data di spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso.

In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, il Contraente avrà diritto al rimborso del premio netto per la parte relativa al periodo di rischio non corso.