

Assicurazione per la copertura delle malattie

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **GENERALI ITALIA S.p.A.**

Prodotto: "**GENERALI SEI IN SALUTE**"



Generali Italia S.p.A. - 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 in Italia 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.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza rimborsa le spese sostenute dalla persona e dalla famiglia per i ricoveri causati da malattia o infortunio.



Rimborso Spese Mediche



Che cosa è assicurato?

Sono assicurati i ricoveri con o senza intervento chirurgico, conseguenti a malattia o infortunio. Sono considerati ricoveri con intervento chirurgico anche gli interventi effettuati in day hospital o in ambulatorio medico. È inoltre assicurato il parto con o senza taglio cesareo.

È prevista una copertura principale:

✓ **Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche;**

Puoi inoltre scegliere tra le seguenti coperture aggiuntive:

✓ **Indennità giornaliera di ricovero;**

✓ **Protezione per malattie gravi.**



Che cosa non è assicurato?

La copertura non assicura :

- ✗ **Stati patologici, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;**
- ✗ **Malattie verificatesi e infortuni sofferti 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;**
- ✗ **Cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;**
- ✗ **Cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (es. miopia o astigmatismo);**
- ✗ **Cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;**
- ✗ **Cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;**
- ✗ **Cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);**
- ✗ **Interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
- ✗ **Prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica;**
- ✗ **Protesi dentarie ed ortodontiche, cure dentarie e del parodontio, interventi preprotesi e di implantologia se non conseguenti ad infortunio;**
- ✗ **Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- ✗ **Conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad eccezione di quelle causate da radiazioni per terapie mediche);**
- ✗ **Conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;**
- ✗ **Degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;**
- ✗ **Ricoveri e day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;**
- ✗ **Ricoveri per stati vegetativi e ricoveri per lunga degenza (ovvero i ricoveri 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).**

Inoltre non sono assicurati gli infortuni derivanti da:

- ✗ **Pratica di sport aerei in genere;**
- ✗ **Pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;**
- ✗ **Partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, e dalle relative prove o allenamenti;**
- ✗ **Ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose.**

Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede l'applicazione di franchigie, scoperti e limiti di indennizzo (intendendosi per franchigia o scoperto la parte di spesa – espressa in misura fissa o in percentuale – che rimane a carico dell'assicurato e per limite di indennizzo l'importo massimo che viene erogato per determinati ricoveri e/o interventi).
Il contratto prevede inoltre dei periodi di carenza (periodi di tempo che devono trascorrere prima che la copertura sia operante).

Le franchigie, gli scoperti, le carenze e le cause di sospensione sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.



Protezione Legale



Che cosa è assicurato?

La Società si fa carico delle spese legali necessarie per far valere i diritti dell'assicurato per i casi di responsabilità di strutture sanitarie, medici, infermieri ed operatori sanitari.



Che cosa non è assicurato?

L'assicurazione non è operante per:

- ✗ Procedimenti penali e amministrativi;
- ✗ Spese del legale e del perito di controparte;
- ✗ Spese di soccombenza;
- ✗ Recupero crediti;
- ✗ Oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione atti, ecc.);
- ✗ Pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- ✗ Spese di domiciliazione;
- ✗ Controversie con la Società anche qualora quest'ultima sia l'assicuratore della responsabilità civile per l'attività sanitaria della controparte.

Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.



Ci sono limiti di copertura?

La copertura è prestata nel limite della somma assicurata.

Le cause di sospensione della garanzia sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.



Assistenza



Che cosa è assicurato?

Sono previsti dei servizi che vengono erogati su richiesta dell'assicurato. I livelli di copertura sono diversi:

Classic

- ✓ Consulenze ed informazioni telefoniche (consulenza medica generica e specialistica);
- ✓ Invio di un medico generico al domicilio dell'assicurato;
- ✓ Trasporto dell'assicurato dal domicilio e rientro dall'istituto di cura;
- ✓ Ricerca e prenotazione di centri riabilitativi;
- ✓ invio di un ambulanza.

Plus

- ✓ Consulenze ed informazioni telefoniche (consulenza medica generica e specialistica, consulto tra specialisti, collegamento telefonico con l'istituto di cura, guida sanitaria);
- ✓ Assistenza domiciliare sanitaria (invio di un medico generico, di uno specialista, di un infermiere, di un fisioterapista, esecuzione esami e accertamenti, reperimento e invio di personale socio sanitario e di personale per riabilitazione domiciliare, al domicilio dell'assicurato);
- ✓ Telemedicina (distance care, medical advice program – consulenza medica di secondo livello, seconda opinione medica, seconda opinione internazionale);
- ✓ Assistenza domiciliare non sanitaria (reperimento e invio baby sitter/old sitter o - in alternativa – viaggio di una persona di fiducia);
- ✓ Assistenza in viaggio (viaggio di un familiare, interprete, segnalazione medicinali all'estero, prolungamento del soggiorno all'estero);
- ✓ Trasporto dell'assicurato (invio ambulanza, trasporto al domicilio a seguito di dimissioni, trasferimento in istituto di cura specialistico, rientro dall'istituto di cura, rientro sanitario, rientro anticipato, rimpatrio della salma);
- ✓ Anticipo spese di prima necessità;
- ✓ Dental network.

Exclusive

- ✓ Consulenze ed informazioni telefoniche (consulenza medica generica e specialistica, consulto tra specialisti, collegamento telefonico con l'istituto di cura, guida sanitaria on line);
- ✓ Assistenza domiciliare sanitaria (invio di un medico generico, di uno specialista, di un infermiere, di un fisioterapista, esecuzione esami e accertamenti, reperimento e invio di personale socio sanitario e di personale per riabilitazione domiciliare, al domicilio dell'assicurato, ospedalizzazione domiciliare post ricovero, consegna medicinali, articoli sanitari urgenti e esiti al domicilio, supporto psicologico);



Che cosa non è assicurato?

Sono escluse le prestazioni richieste dall'assicurato se non si è verificato un infortunio o una malattia.

Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede dei limiti entro i quali vengono erogati i servizi.

Le cause di sospensione della garanzia sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.

- ✓ Telemedicina (distance care, medical advice program – consulenza medica di secondo livello, seconda opinione medica, seconda opinione internazionale);
- ✓ Assistenza domiciliare non sanitaria (supporto scolastico, reperimento e invio collaboratrice familiare, baby sitter/old sitter o - in alternativa – viaggio di una persona di fiducia, disbrigo pagamento utenze, sistemazione animali domestici, viaggio dei figli dell'assicurato residenti all'estero);
- ✓ Assistenza in viaggio (viaggio di un familiare, interprete, segnalazione medicinali all'estero, prolungamento del soggiorno all'estero);
- ✓ Trasporto dell'assicurato (invio ambulanza, trasporto al domicilio a seguito di dimissioni, trasferimento in istituto di cura specialistico, rientro dall'istituto di cura, rientro sanitario, rientro anticipato, rimpatrio della salma);
- ✓ Anticipo spese di prima necessità;
- ✓ Dental network.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione per il Rimborso delle Spese Mediche vale in tutto il mondo.

L'assicurazione di Tutela Giudiziaria vale per i sinistri che avvengono in Italia, Stato Città del Vaticano e Repubblica di San Marino; vale invece in tutta Europa per le controversie di natura extracontrattuale.

I servizi di Assistenza valgono in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino ed in parte in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

Inoltre, devi informare la Società sul tuo stato di salute compilando e sottoscrivendo un questionario medico.

In caso di malattia, infortunio o parto, se devi essere ricoverato o devi subire un intervento chirurgico e scegli di usufruire di una struttura convenzionata o di un medico convenzionato con la Società, devi contattare preventivamente la Struttura Organizzativa; se invece scegli di usufruire di un struttura o di un medico non convenzionato con la Società, devi chiedere il rimborso delle spese che hai anticipato, presentando la documentazione che attesta l'avvenuto pagamento; se invece hai scelto di ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con esso convenzionate, devi presentare la documentazione medica e la cartella clinica e chiedere l'erogazione di un'indennità sostitutiva ed il rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero stesso.

Per usufruire dei servizi di Assistenza devi contattare la Struttura Organizzativa.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto.



Quando e come devo pagare?

Il primo premio o la prima rata di premio devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società al rilascio della polizza; i premi successivi o le rate di premio successive devono essere pagati con le stesse modalità, entro il quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Puoi chiedere il frazionamento, semestrale con una maggiorazione del premio del 2% o trimestrale con una maggiorazione del 3%. In tal caso le rate devono essere pagate alle scadenze semestrali/trimestrali pattuite. Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti previsti dalla legge (750,00 euro).

Il premio è comprensivo di imposte. Il premio, le somme assicurate, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti in indennizzo, espressi in misura fissa, vengono adeguate ogni anno in base alla variazione percentuale dell'indice nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati. Il premio viene aggiornato ogni anno in base all'età raggiunta dall'assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura dura un anno dalla data di sottoscrizione della polizza, ha effetto dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione e, in mancanza di disdetta, è prorogata per un anno e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

In generale, per disdire la polizza devi inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata all'agenzia cui è assegnato il contratto o alla Società. Nello specifico, puoi recedere dal contratto al termine di ciascuna annualità di durata dello stesso inviando la disdetta almeno 60 giorni prima del termine previsto. Infine, se il contratto ha una durata di almeno due anni, hai facoltà di recedere anche dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo comunicandolo con lettera raccomandata spedita entro il suddetto termine.