

Assicurazione per la copertura dai rischi malattie e assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: "SEI IN SALUTE – DIARIA E SPESE MEDICHE"



Edizione: 01.01.2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Generali Italia S.p.A. - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. - Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta 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.

Il patrimonio netto ammonta a euro 10.911.136.059,00 di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a euro 1.618.628.450,00 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a euro 8.697.146.384,00 L'indice di solvibilità della Società è 257% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016). Si rinvia al sito www.generali.it per approfondimenti.

Al contratto si applica la legge italiana.

Malattie



Che cosa è assicurato?

Generali Sei in salute - Alta protezione è un piano assicurativo che prevede il riconoscimento di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero. È possibile estendere la copertura assicurativa ai figli minori di 10 anni di età senza pagamento di un premio aggiuntivo, se sia assicurato l'intero nucleo familiare con almeno due persone paganti.

Per questa sezione le garanzie sono:

Indennità giornaliera di ricovero: per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, reso necessario da malattia, infortunio, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico viene corrisposta un'indennità come previsto nelle condizioni di assicurazione.

Inoltre, in caso di ricovero di durata continuativa superiore a 10 giorni, viene corrisposta un'indennità per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli del ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante.

Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento: fino a concorrenza del massimale indicato in polizza e nelle condizioni di assicurazione, in caso di ricovero o di intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, è previsto il rimborso delle spese effettuate nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento e quelle effettuate nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare ?

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO

Esclusione delle prestazioni conseguenti ad infortunio – E' possibile escludere dalla garanzia il rimborso delle spese mediche conseguenti ad infortuni.

Assicurazione Nucleo Familiare - La somma assicurata deve intendersi quale disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme delle persone assicurate che costituiscono un unico nucleo familiare. Tuttavia, in caso di incidente stradale che coinvolga più persone assicurate appartenenti al medesimo nucleo familiare la predetta somma assicurata deve intendersi raddoppiata.

Franchigia – Se in polizza è convenuto che l'indennizzo sarà pagato previa detrazione di un importo (espresso in percentuale o in cifra fissa), ciò dà diritto ad una riduzione di premio, variabile in relazione all'entità dell'importo stesso.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indennità giornaliera di ricovero: per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, reso necessario da malattia, infortunio, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico viene corrisposta un'indennità come previsto nelle condizioni di assicurazione.

Inoltre, in caso di ricovero di durata continuativa superiore a 10 giorni, viene corrisposta un'indennità per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli del ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante.

Protezione per malattie gravi: prevede un indennizzo forfettario a titolo di rimborso spese mediche sostenute in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti gravi eventi: Infarto miocardico acuto, Chirurgia cardiovascolare, Ictus cerebrale, Tumore, Insufficienza renale, Trapianto d'organo, Paralisi.



Che cosa non è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

L'**Indennità giornaliera di ricovero** viene corrisposta per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa, con le seguenti maggiorazioni:

- 50% a partire dal 15° giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% a partire dal 30° giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva.

È aumentata del 50% se l'istituto di cura si trova ad una distanza di oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato

È ridotta del 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore ad 1 giorno senza soluzione di

continuità.

Per i ricoveri di durata continuativa superiore a 10 giorni viene corrisposta un'indennità che non supera il limite di euro 350,00 giornalieri, per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli di ricovero indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante:

- Per i primi 5 giorni l'indennità viene corrisposta al 50% dell'importo indicato in polizza;
- Per i giorni successivi viene corrisposta al 100% dell'importo indicato in polizza;
- Per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

Se indicata in polizza, la garanzia opera previa applicazione di una franchigia, quindi l'indennità viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Ai fini dell'applicazione della franchigia, si precisa che i ricoveri che si verificano a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e per tale motivo la franchigia viene applicata una sola volta.

Il **Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento** è previsto fino a concorrenza della somma assicurata di euro 4.000,00 per annualità assicurativa e per persona assicurata, previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 sull'ammontare delle spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento. In caso di rimborso del ticket l'indennizzo è integrale, senza applicazione dello scoperto e del minimo sopraindicato.

Tutela Legale



Che cosa è assicurato?

Questa garanzia è opzionale.

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare ?

PRINCIPALI OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

PRINCIPALI OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Assistenza



Che cosa è assicurato?

Questa garanzia è sempre operante e prevede una gamma di servizi che vengono erogati su richiesta dell'assicurato in caso di bisogno. È possibile scegliere uno dei 3 livelli di copertura offerti: CLASSIC, PLUS ed EXCLUSIVE le cui caratteristiche sono descritte nel DIP Danni. Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare ?

PRINCIPALI OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

PRINCIPALI OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Per la garanzia Assistenza le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.A.; ciascuna prestazione può essere erogata per un massimo di 3 volte per annualità assicurativa.



Che obblighi ho? Che obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro ?

Denuncia di sinistro: deve essere fatta per iscritto, corredata da certificato medico, entro 3 giorni da quando l'assicurato ne ha avuto conoscenza o ne ha la possibilità, ai sensi dell'art 1913 del Codice Civile.

Per la sezione **Malattie** si precisa che:

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero ovvero per la garanzia Rimborso spese chirurgiche e 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;
- Generali Italia può richiedere la visita medica in caso di sinistro.

L'assicurato che intende richiedere la corresponsione dell'**indennità giornaliera di ricovero** deve presentare a dimissione avvenuta la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero. Invece, **il rimborso delle spese chirurgiche ed ospedaliere** avviene a cura ultimata previa presentazione degli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, allegando certificazione definitiva (cartella clinica e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

Per la sezione **Tutela Legale** l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide la data di accadimento del fatto che, nella denuncia penale ovvero nella domanda civilistica, si asserisce essere illecito e la denuncia del sinistro deve avvenire entro 3 giorni dalla data in cui esso è avvenuto o dal giorno in cui ne è venuto a conoscenza. Tale termine è elevato a 6 giorni se il sinistro è avvenuto all'estero.

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

Assistenza diretta / in convenzione: 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 potrà essere effettuato con applicazione di uno scoperto. Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia alle condizioni di assicurazione. L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

Gestione da parte di altre imprese: per la sezione **Tutela Legale** si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a DAS – Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nella predetta Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

Per la sezione **Assistenza** si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nella predetta Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto 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. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione giudiziaria per richiedere il risarcimento.

Dichiarazioni inesatte o reticenze

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Obblighi dell'impresa

Verificata l'operatività della garanzia, Generali Italia S.p.A. provvede al rimborso delle spese solo a dimissione avvenuta o a cura ultimata, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate fatta salva l'eventuale franchigia, sempre che non sia stata fatta opposizione. Per la garanzia Rimborso spese extraricovero, Generali Italia S.p.A. provvede al rimborso previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica o terapeutica, contenente regolare diagnosi o sospetto diagnostico.



Quando e come devo pagare?

Premio

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Rimborso

Il Contraente ha diritto al rimborso del rateo di premio pagato e non dovuto, al netto delle imposte, nel caso di recesso per sinistro effettuato in base alle condizioni di assicurazione ed entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

Oltre alle informazioni già fornite rispetto a quelle fornite nel DIP Danni si precisa che la copertura decorre:

- dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- dalle ore 24 del 300° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per il parto;
- dalle ore 24 del 180° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione 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 diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate.

In caso di sostituzione senza soluzione di continuità o di variazione i termini di aspettativa decorrono dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito o variato per le garanzie e le somme assicurate già presenti; per le garanzie e le somme assicurate aggiunte e per i nuovi assicurati, i termini di aspettativa decorrono dalla data di effetto della nuova polizza o della variazione.

Sospensione

Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione

Non è previsto il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.

Risoluzione

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto all'assicurazione di singoli individui o della famiglia per la copertura delle spese mediche per ricoveri o interventi conseguenti a malattia, infortunio o parto con la possibilità di accedere alle migliori strutture sia private che pubbliche.



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 18,70% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a:

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

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

All'IVASS

Se chi fa reclamo non si ritiene soddisfatto dall'esito o non riceve riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, allegando all'esposto la documentazione relativa al reclamo trattato da Generali Italia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore che devono essere presentati direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio di chi fa reclamo, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di reclamo;
- copia del reclamo presentato a Generali Italia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per presentare il reclamo a 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 RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA È POSSIBILE AVVALERSI DI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE QUALI:

Mediazione

Nei casi in cui sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, 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 di Generali Italia 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

Negoziazione assistita

In ogni caso è possibile rivolgersi in alternativa 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.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

In caso di controversia relativa a questioni mediche si può ricorrere ad un collegio medico arbitrale previsto dalle condizioni di assicurazione.

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 e alla successiva gestione della vertenza, la decisione è demandata a un arbitro. 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

Per la sezione Assistenza non è previsto l'arbitrato in caso di disaccordo tra l'Assicurato e Generali Italia S.p.A.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA