

Il presente mod. INT1/02 è costituito da 19 pagine

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI IN SALUTE PROTEZIONE INTEGRATIVA

Contraente:

Polizza n°:



Pagina lasciata intenzionalmente bianca

GENERALI SEI IN SALUTE PROTEZIONE INTEGRATIVA

1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – P.zza Trento, n. 8 – 20135 Milano, 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 previste in polizza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A.

Centro Medico Internazionale di riferimento

L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, selezionati a livello internazionale 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.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day Hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

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.

Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Prestazioni	Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della 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.

2. NORME GENERALI

Art. 2.1

Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 5.6, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. *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. 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. 5.6 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento. I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.*

Art. 2.2

Proroga dell'assicurazione *In mancanza di disdetta data da una delle Parti almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto – sempreché stipulato almeno per un anno – è prorogato per una durata uguale a quella originaria (esclusa la frazione d'anno) e così successivamente, ma con il limite di 2 anni per ogni tacita proroga.*

Art. 2.3

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

Art. 2.5**Anticipata risoluzione**

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.4 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni" e 5.4 "Persone non assicurabili", 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.

Art. 2.6**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 nazionale dei Servizi Sanitari e spese per la salute", pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto con quello del mese di giugno 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 previste nel Capitolo 4 "Assistenza medica domiciliare".

Art. 2.7**Periodo di assicurazione**

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.

Mezzi di pagamento del premio

Il premio di assicurazione è di conseguenza rapportato al predetto periodo di assicurazione.

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.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Art. 2.8

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. 2.9

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. 2.10

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. 2.11

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 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. ASSICURAZIONE MALATTIE

Art. 3.1

Indennità giornaliera di ricovero e convalescenza

In caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;
- parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico;

la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata:

1. *per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa.*

Detta indennità viene corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:

- 50% a partire dal venticinquesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% a partire dal sessantesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;

b) ridotta del 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore a 3 giorni, purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital, fatta eccezione per le festività, è avvenuto senza soluzione di continuità;

2. per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli di ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante. *Questa garanzia opera solo in seguito a ricoveri di durata superiore a 20 giorni e comunque per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.*

L'importo dell'indennità, anche se maggiorata per i motivi di cui al punto 1) lett. a) del presente articolo, *non può comunque superare il limite di euro 250,00 giornalieri.*

Per gli Assicurati che al momento del sinistro abbiano compiuto i 65 anni di età l'indennità giornaliera verrà riconosciuta previa applicazione di una franchigia di 2 giorni.

Art. 3.2

Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata quale disponibilità unica per annualità assicurativa, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi alla data delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

La Società indennizza le spese sostenute per le suddette prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 sull'ammontare di spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero. Le voci di spesa per le quali venga richiesto il rimborso del solo ticket saranno

invece oggetto di indennizzo integrale.

Per gli Assicurati che al momento del sinistro abbiano compiuto i 65 anni di età la garanzia di cui al presente articolo sarà operante in caso di ricovero comportante almeno 2 pernottamenti.

Art. 3.3

Rimborso spese di assistenza infermieristica post intervento

In caso di ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata quale disponibilità unica per annualità assicurativa, le spese per assistenza infermieristica notturna, sostenute durante il ricovero in istituto di cura nei 7 giorni successivi all'intervento chirurgico.

Il rimborso viene effettuato su presentazione della fattura attestante le spese sostenute.

Art. 3.4

Indennità speciale per gravi interventi chirurgici

La Società corrisponde all'Assicurato, fermo quant'altro previsto, l'importo assicurato a titolo di prestazione forfetaria predeterminata per il rimborso di spese mediche sostenute in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti gravi eventi che comportino un intervento chirurgico:

- 1. Patologia cardiovascolare:** procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) *previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico*; interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica; *vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.*
- 2. Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo.
- 3. Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; *limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.*
- 4. Trapianto d'organo:** malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; *è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.*

La richiesta di indennizzo per la presente garanzia potrà essere effettuata trascorsi almeno 90 giorni dalla data dell'intervento chirurgico a condizione che l'Assicurato sia ancora in vita.

Ai fini della presente garanzia l'Assicurato è esentato dalla presentazione degli eventuali documenti giustificativi di spesa.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Al pagamento dell'indennità, che verrà corrisposta per una sola delle malattie sopra citate, la presente garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 3.5

Indennità speciale Clienti Vita Generali

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga riconosciuto all'Assicurato l'assegno di invalidità o la pensione di inabilità INPS (o Cassa assistenziale di Categoria) o la rendita di invalidità civile, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato un'indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle **polizze di assicurazione sulla Vita a premio annuo o unico ricorrente**. Detta indennità è pari all'ammontare complessivo delle rate di premio in scadenza nei 12 (dodici) mesi successivi alla data dell'infortunio stesso.

Sono compresi anche i **piani individuali di previdenza (P.I.P.)**. In tal caso l'indennità è pari al premio versato (esclusi i trasferimenti) nei 12 (dodici) mesi antecedenti la data dell'infortunio stesso.

L'indennità opera:

- per polizze stipulate dall'Assicurato con la Società anteriormente alla data dell'infortunio;
- con il massimo di euro 10.000,00 per infortunio.

4. ASSICURAZIONE ASSISTENZA MEDICA DOMICILIARE

Art. 4.1

Consulenze mediche

a) Consulenza medica generica (24 ore su 24)

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

b) Consulenza pediatrica (24 ore su 24)

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

c) Consulenza ginecologica (24 ore su 24)

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

d) Consulenza cardiologica (24 ore su 24)

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

e) Consulenza geriatrica (24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto

telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 4.2

Second Opinion *(Prestazione operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali ed erogabile fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo)*

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 effettueranno l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato e, ove si ritenga opportuno procedere alla prestazione, lo metteranno in contatto con il Centro Medico Internazionale di riferimento che effettuerà la seconda opinione medica avvalendosi dell'esperienza dei propri medici specialisti qualificati a livello internazionale.

Per beneficiare della prestazione, 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, inquadrato il caso con l'Assicurato, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno posti ai medici specialistici.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al Centro Medico Internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa.

Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato richiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del Centro Medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

Modalità di erogazione della prestazione

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 Organizzativa stessa.

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.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a tradurre in lingua inglese la stessa ed a trasmetterla al Centro Medico Internazionale di riferimento.

La trasmissione della seconda opinione medica da parte del Centro Medico Internazionale di riferimento avverrà in un lasso di tempo compreso tra 2 e 10 giorni lavorativi in relazione alla complessità del caso ed al numero di medici specialisti coinvolti nella formulazione del parere. Tale termine decorre dal giorno in cui il Centro Medico Internazionale di riferimento riceve la documentazione dettagliata e completa in tutte le sue parti.

Formulata la seconda opinione medica, il Centro Medico Internazionale di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale, tradotto il documento in lingua italiana, lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico e della trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica da e per il Centro Medico Internazionale di riferimento restano 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. 4.3

Informazioni sanitarie e accesso a reti convenzionate

(Prestazioni sono operanti da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

a) Informazioni sanitarie – Guida alla struttura sanitaria

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.

b) Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura - centri diagnostici - di laboratori di analisi

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un ricovero, debba sottoporsi ad un intervento chirurgico, oppure debba effettuare accertamenti diagnostici od esami di laboratorio, 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 od il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) 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 alla let. a) del presente articolo sono erogate senza alcun costo per l'Assicurato.

Art. 4.4

Trasporto dell'Assicurato

(Prestazioni erogabili fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo)

a) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, verrà inviata direttamente un'autoambulanza, sostenendone le spese fino a concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

b) Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, verrà inviata direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato e ad un eventuale accompagnatore di raggiungere la propria abitazione, sostenendone le spese fino ad un massimo di euro 150,00 per sinistro.

c) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà, sostenendone le spese, ad:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario (limitatamente ai Paesi europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

d) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al punto 4.4 -lett. c), venga dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà, sostenendone le spese, al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo tra i seguenti:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Art. 4.5

Assistenza domiciliare di base

(Prestazioni erogabili fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo)

a) Invio di un medico generico al domicilio

Qualora, a seguito di infortunio o malattia 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 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 euro 500,00 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 Organizzativa stessa.*

c) 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 euro 500,00 per sinistro. *Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.*

d) 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.*

e) 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.*

f) Prelievo di sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti, come da prescrizione medica scritta, di effettuare un prelievo di sangue e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa invierà un medico per effettuare il prelievo, sostenendone l'onorario. La garanzia verrà prestata tenendo conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della non deteriorabilità del sangue prelevato. *Resta a carico dell'Assicurato il costo dell'esame.*

g) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, risulti da certificato medico 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, e 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 euro 500,00 per sinistro. *Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di*

favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 4.6

Assistenza domiciliare integrata post ricovero

Le modalità per l'accesso alle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato ed a tal fine la Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare la prestazione stessa.

Per le prestazioni di "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" e di "Distance Care" sarà inoltre richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato nonché un preavviso elevato a 72 ore per poter organizzare le prestazioni.

Le prestazioni di seguito indicate sono operanti in caso di ricovero di almeno 5 giorni con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni senza intervento chirurgico, dovuto ad infortunio o malattia.

a) Ospedalizzazione domiciliare post ricovero

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

b) Prestazioni professionali post ricovero

In caso di necessità la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale), sostenendone l'onorario fino ad un massimo di 3 volte per ogni episodio di ricovero ed entro 7 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

c) Prestazioni sanitarie post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di:

- eseguire presso il proprio domicilio accertamenti diagnostici (quali ad esempio ecografie, ecc.), purché effettuabili al domicilio dell'Assicurato;
- usufruire del ritiro e della consegna al proprio domicilio degli esiti di esami ed accertamenti diagnostici;

la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare le prestazioni richieste, sostenendone le spese fino a 3 volte per ogni episodio di ricovero ed entro 7 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Restano a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti diagnostici.

Vale inoltre quanto previsto nell'art. 4.5 relativamente alla consegna di medicinali ed articoli sanitari urgenti nonché all'effettuazione di prelievi di sangue.

d) Prestazioni non sanitarie post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, sorveglianza minori, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare le prestazioni richieste, sostenendone le spese fino a 3 volte oppure fino a 9 ore per ogni episodio di ricovero ed entro 7 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Vale inoltre quanto previsto nell'art. 4.5 relativamente all'invio della collaboratrice familiare.

e) Distance care

In caso di necessità e *su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato*, la

Struttura Organizzativa 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 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.

5. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 5.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le prestazioni di Assistenza di cui agli artt. 4.4 lett. a) – b), 4.5 e 4.6 l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Art. 5.2

Validità della copertura "Second Opinion"

Qualora nel corso della durata del contratto si verificasse l'impossibilità di erogare la prestazione "Second Opinion" attraverso il Centro Medico Internazionale di riferimento, la Società proporrà l'utilizzo di strutture sanitarie alternative al fine di erogare una prestazione di Assistenza avente pari finalità a quella prevista nella presente polizza.

Il Contraente ha facoltà di non accettare tale alternativa; in tal caso le prestazioni di Assistenza previste nel Capitolo 4 verranno a cessare a partire dalla prima scadenza annuale successiva alla comunicazione della decisione ed il premio complessivo di polizza verrà ridotto della quota relativa a tali prestazioni di Assistenza.

Art. 5.3

Forma assicurata e determinazione delle somme assicurate

Se indicato in polizza alla voce "**forma assicurata**":

- **individuale**, l'assicurazione è operante per le persone e per le somme indicate in polizza alla voce "Assicurati";
- **nucleo**, l'assicurazione è operante:
 - *nei confronti di tutti i componenti della famiglia anagrafica del Contraente risultanti dal Certificato di Stato di Famiglia al momento del sinistro, di età non superiore a 75 anni;*
 - *per le somme indicate in polizza per ciascun Assicurato come individuato al comma precedente, ad eccezione della garanzia "Indennità giornaliera di ricovero e convalescenza" per la quale la somma assicurata per ciascuna persona si determina suddividendo in parti uguali la somma indicata in polizza per il numero degli Assicurati individuati secondo quanto previsto nel comma precedente;*
 - *la garanzia "Indennità giornaliera di ricovero e convalescenza" in caso di ricovero per parto non opera nei confronti del nascituro.*

Art. 5.4

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.

Art. 5.5

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) 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;*
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- f) 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);*
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- i) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- j) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- k) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- l) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia;*
- m) 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;*
- n) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- o) 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.*

Inoltre per l'assicurazione “Assistenza medica domiciliare” sono comunque esclusi:

- p) indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste;*
- q) prestazioni per le quali non vi sia stata preventiva attivazione della Struttura Organizzativa.*

Art. 5.6

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 l'aborto terapeutico;*
- c) *del trecentesimo giorno successivo per il parto;*
- d) *del settecentoresimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnosticate, curate o comunque insorte anteriormente alla stipulazione del contratto.*

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.

Art. 5.7

Limitazioni valide per le prestazioni di Assistenza *Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza 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.*

6. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 6.1

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro per l'assicurazione malattie

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

1. *presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa nonché, in caso di "forma assicurata nucleo", il Certificato di Stato di Famiglia della famiglia anagrafica del Contraente;*
2. *per il rimborso delle spese sostenute presentare a cura ultimata gli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate;*
3. *per la corresponsione dell'Indennità speciale Clienti Vita Generali presentare la documentazione medica relativa all'infortunio subito ed il documento che attesta il riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità o della rendita invalidità civile rilasciatoo dagli Enti competenti;*
4. *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione dl diritto all'indennizzo.*

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

Art. 6.2

Liquidazione Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso,

la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, *avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.*

Art. 6.3

Modalità di erogazione delle prestazioni di Assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

al numero verde **800.469.340**

oppure al numero **02.58.28.66.39**

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- 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 GADI;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

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

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. 4.1, 4.4, 4.5 e 4.6;
- dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 4.2 e 4.3.

Art. 6.4

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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 6.5

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.