



ATTIVA WELFARE BENEFIT MEDICAL PASS

ASSISTENZA

Contratto di assicurazione Assistenza per aziende

Condizioni di Assicurazione
(Mod. A22.MPASS-ed.07/2022)

CONTRAENTE: _____

NUMERO POLIZZA: _____

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE :

- DIP DOCUMENTO INFORMATIVO RELATIVO AL PRODOTTO ASSICURATIVO;
- DIP AGGIUNTIVO DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI ASSICURATIVI DANNI
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DELLE DEFINIZIONI.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set Informativo.

UN CONTRATTO SEMPLICE E CHIARO: IL CONTRATTO È REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI" COORDINATO DALL'ANIA.

ULTIMO AGGIORNAMENTO: 02.09.2022



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Art. 1 Definizioni

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto GeneraSalute RSM (Mod. M85/854).
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace.
Familiare anziano	Familiare dell'Assicurato ascendente di 1 grado over 65 non autosufficiente, anche non convivente.
Figlio non autosufficiente	Figlio disabile non autosufficiente, non in grado di badare a sé stesso
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14.
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro.
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Nucleo familiare	Insieme delle persone che risultano dal certificato di stato di famiglia dell'Assicurato, compresi i conviventi di fatto e le parti dell'unione civile ¹ ; sono inoltre compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dello Stato Italiano
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 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 di Generali Italia.
Struttura ospedaliera/Istituto di cura	L'ospedale o la clinica in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero.

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome e per conto dei **DIPENDENTI** la cui remunerazione è a carico del Contraente stesso, **nonché del relativo Nucleo familiare**.

La sede operativa del Contraente, intesa quale luogo di abituale prestazione di lavoro, è situata in Italia e per i dipendenti inviati all'estero l'assicurazione opera, nell'ambito dell'annualità assicurativa di polizza, per un periodo di permanenza continuativa non superiore a 6 mesi. L'assicurazione è prestata a favore delle persone appartenenti alla categoria indicata in polizza le cui generalità risultano dagli elenchi forniti a Generali Italia dal Contraente.

¹ Art. 1 comma 20 Legge n. 76/2016



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Oggetto dell'assicurazione

Generali Italia mette a disposizione a ciascun Assicurato i servizi di assistenza previsti nei successivi articoli.

Le singole garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali ed entro gli eventuali limiti di indennizzo ivi previsti.

La presente polizza è operante a condizione che sia attiva una copertura Attiva Welfare Benefit Medical Pass MALATTIA (M85.854) per gli stessi assicurati.

Art. 4 Assistenza Telefonica

a) Consulenza medica generica

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto. Il servizio è garantito 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana.

Si precisa che il consulto medico non può essere considerato come diagnosi in quanto è fornito sulla base delle indicazioni espresse dall'Assicurato.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.

b) Consulenza medica specialistica

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di un consulto telefonico con i medici specialisti della Struttura Organizzativa (Ortopedico, Pediatra, Cardiologo, Ginecologo, Nutrizionista) può mettersi in contatto h 24/7 con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto.

Si precisa, che viste le modalità di erogazione, la prestazione non vale come diagnosi ed è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.

Art. 5 Second Opinion Internazionale

Se l'Assicurato a seguito di un infortunio o una malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica può contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, effettuano un primo esame, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, e procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria per elaborare i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti.

Tutti i dati clinici, saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.

Art. 6 Assistenza domiciliare integrata post ricovero per malattie gravi

Se l'Assicurato a seguito di un ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni per malattie gravi necessita la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare, come prescritto dal proprio medico curante, può contattare la Struttura Organizzativa.

Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

L'Assicurato o il nucleo familiare avrà a disposizione 3 consulti all'anno.

La Prestazione è valida solo in Italia.

L'intervento del personale medico e paramedico sarà erogato con un massimo di 5 giorni continuativi e non frazionabili post-ricovero.

Art. 7 Assistenza all'Assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento da posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, necessita il monitoraggio dei propri sintomi potrà contattare la Struttura Operativa per avere:

a) Triage infermieristico per orientarti sulle azioni da intraprendere.

L'Assicurato verrà richiamato dall'operatore preposto che effettuerà un triage telefonico al fine di orientarlo sulle azioni da intraprendere.

L'Assicurato avrà a disposizione 1 chiamata ogni anno

b) Consulenza con Medico in caso di comparsa sintomi e/o peggioramento quadro clinico

La Struttura Organizzativa, attraverso i suoi medici, successivamente al triage infermieristico fornisce il consulto medico telefonico di cui ha bisogno.

c) Consegna spesa a domicilio

Se l'Assicurato si trova in isolamento fiduciario presso la sua abitazione, senza possibilità di allontanarsi dall'abitazione su certificazione del suo medico curante, e ha bisogno di generi alimentari di prima necessità può contattare la Struttura Organizzativa organizza la consegna di quanto ha ordinato e pagato.

L'Assicurato avrà a disposizione 2 consegne ogni anno.

Se la Struttura Organizzativa non è in grado di organizzare la consegna, la stessa autorizzerà l'Assicurato all'acquisto di generi alimentari di prima necessità. In questo caso l'Assicurato potrà richiedere il rimborso presentando la ricevuta di spesa e il valore massimo rimborsabile sarà di € 25,00 a consegna.

d) Consegna farmaci a domicilio

Se l'Assicurato si trova in isolamento fiduciario presso la sua abitazione, senza possibilità di allontanarsi dall'abitazione su certificazione del suo medico curante, e ha bisogno di medicine e/o articoli sanitari può contattare la Struttura Organizzativa che organizza la consegna di quanto previsto dal medico curante.

L'Assicurato avrà a disposizione 2 consegne ogni anno.

Se la Struttura Organizzativa non è in grado di organizzare la consegna, la stessa autorizzerà l'Assicurato all'acquisto di medicine e/o articoli sanitari. In questo caso l'Assicurato potrà richiedere il rimborso presentando la ricevuta di spesa e il valore massimo rimborsabile sarà di € 25,00 a consegna.

Art. 8 Assistenza ai Familiari dell'Assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento da posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, necessita di assistenza per i componenti del proprio nucleo familiare potrà contattare la Struttura Operativa per avere:

a) Triage infermieristico per orientarti sulle azioni da intraprendere.

Il familiare verrà richiamato dall'operatore preposto che effettuerà un triage telefonico sulle azioni da intraprendere.

L'Assicurato avrà a disposizione 1 chiamata ogni anno

b) Consulenza con Medico in caso di comparsa sintomi e/o peggioramento quadro clinico

La Struttura Organizzativa, attraverso i suoi medici, successivamente al triage infermieristico fornisce ai familiari il consulto medico telefonico di cui hanno bisogno.

c) Phone Caring

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento da posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, fosse impossibilitato a contattare il proprio familiare anziano (assistito) o a comunicare con lui, la Struttura Organizzativa, stabilirà in accordo con l'assicurato e il familiare (assistito) un programma di chiamate telefoniche allo scopo di stimolare l'attività relazionale della persona anziana in un periodo di potenziale solitudine legato alla temporanea assenza del parente.

Europ Assistance, dopo aver concordato con l'assistito e il suo familiare anziano un orario di chiamata, ricompreso tra le 09.00 e le 18.00, provvederà a telefonare giornalmente all'assistito per un massimo di 30 giorni.

Europ Assistance effettuerà 3 tentativi di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvederà ad allertare l'Assicurato o la persona da lui designata in caso di mancato contatto con l'assistito.

L'Assicurato si fa carico di ottenere il consenso del familiare (assistito) ad essere contattato dalla Struttura Organizzativa. Per l'erogazione della prestazione l'assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.

d) Care Manager per i familiari anziani e figli dell'assicurato non autosufficienti

Se l'Assicurato, a seguito di ricovero prolungato o diagnosi di malattia grave o post allontanamento da posto di lavoro con obbligo di quarantena superiore a 15 giorni, non è più in grado di prendersi cura del suo familiare anziano o del figlio disabile non autosufficienti e ha bisogno di una consulenza socioassistenziale, può telefonare alla Struttura Organizzativa. Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico, valuterà le diverse esigenze di cura.

Se lo ritiene necessario, il Care Manager, organizzerà un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano o presso l'abitazione dell'Assicurato in caso di figli.

Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager restituirà per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- indicazioni del piano di cura più opportuno per le condizioni del familiare anziano o del figlio disabile non autosufficienti con l'indicazione delle corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica dell'Abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o **pericoli da rimuovere**;
- Indicazione dei parametri del familiare anziano o del figlio disabile da monitorare;
- Indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture del territorio con indicazioni sugli uffici ai quali rivolgersi;
- indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

La prestazione è richiedibile per una sola persona tra quelle rientranti nella definizione di familiare anziano e figlio non autosufficienti, e viene fornita dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 ed una sola volta per periodo assicurativo

Il Care Manager potrà richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Al fine dell'erogazione della Prestazione, è necessario ottenere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Ad integrazione di quanto indicato nelle singole garanzie valgono i limiti riportati nella tabella che segue.

Il massimale indicato nella tabella è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'art. 2 Assicurati.

Descrizione Garanzia	Art.	Franchigie	Scoperti	Limite di indennizzo
Assistenza telefonica: consulenza medica generica, consulenza medica specialistica	art. 4			3 consulti medici e 3 consulti medici specialistici per annualità assicurativa
Second Opinion Internazionale	art. 5			3 consulti per annualità assicurativa
Assistenza domiciliare gratuita post ricovero per malattie gravi	art. 6			

				3 consulti per annualità assicurativa e massimo 5 giorni di assistenza continuativi
Assistenza al Dipendente Assicurato: triage infermieristico, consulenza con medico, consegna spesa a domicilio, consegna farmaci	art. 7			Triage 1 volta per annualità assicurativa, ciascuna consegna a domicilio massimo 2 volte per annualità assicurativa
Assistenza ai Familiari del Dipendente Assicurato: triage, consulenza medico, phone caring, care manager	art.8			Triage 1 volta per annualità assicurativa, phone caring massimo 30 giorni per anno, care manager per 1 persona per annualità assicurativa



Che cosa non è assicurato?

Art. 9 Persone non assicurabili

Non sono assicurate le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa nei loro confronti indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 10 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni.

Per coloro che compiono i 70 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito; l'eventuale Premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.

Per le persone assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 11 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- b) le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;
- c) le prestazioni non vengono fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito https://watchlists.ihsmarkit.com/services/watchlistinspector.aspx?watchlist_id=a661e336-c342-4965-b1e7-70980edf8cc2 che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari.

- d) le prestazioni in natura, ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un rischio guerra.



Dove vale la copertura?

Art. 12 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 13 Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al Premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente anche se il pagamento è stato anticipato da Generali Italia.

Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Generali Italia 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 di Generali Italia e risultanti dai documenti contrattuali.

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 a Generali Italia, 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. 15 Obblighi del Contraente

Se gli assicurati sostengono in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, 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 .

Il Contraente si impegna a fornire a Generali Italia nome, cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

Generali Italia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Art. 16 Comunicazione tra le parti

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto e trasmesse esclusivamente in formato elettronico tramite posta elettronica certificata (PEC) o e-mail all'indirizzo dell'agenzia alla quale è assegnata la Polizza o all'indirizzo di Generali Italia, presso la propria sede legale.

Le comunicazioni alle quali è tenuta Generali Italia in esecuzione del contratto devono essere fatte per iscritto e trasmesse esclusivamente in formato elettronico tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) o e-mail presso gli indirizzi concordati con il Contraente nell'ambito dell'Accordo quadro in materia di distribuzione assicurativa.

Resta ferma la facoltà del Contraente di richiedere in alternativa la trasmissione di tutte le comunicazioni in formato cartaceo.

Art. 17 Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (GIPRY) ed a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Art. 18 Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per la durata annuale della copertura, il pagamento da parte del Contraente di un Premio.

Entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate affinché Generali Italia possa determinare il Premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di Premio comunque acquisito;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché Generali Italia possa procedere alla regolazione del Premio definitivo.

Per la regolazione del Premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero Premio annuo per unità assicurata; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 50% del Premio annuo per unità assicurata.

A seguito di tali comunicazioni Generali Italia notifica al Contraente gli importi dovuti che devono essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa **ricevuta da Generali Italia. Trascorso tale termine, se il Contraente non ha effettuato il pagamento la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno di pagamento o comunque del pagamento della successiva rata anticipata provvisoria.**

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, Generali Italia provvederà a comunicargli un **ulteriore termine non inferiore a 45 giorni**, trascorso il quale, se il Contraente non avrà inviato i dati previsti dalla polizza, **la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del predetto ulteriore termine, fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente avrà adempiuto ai suoi obblighi**, o comunque fino al pagamento della successiva rata anticipata provvisoria, salvo il diritto per GENERALI ITALIA ~~la Società~~ di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio Generali Italia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto, ai sensi del presente articolo, devono essere fatte ai sensi dell'articolo 16.

Art. 19 Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure a Generali Italia.

Salvo quanto sotto disciplinato il Premio si intende pagato con la consegna della somma corrispondente al Premio stesso.

Se il **Contraente** non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Generali Italia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo. Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il premio può essere pagato con i seguenti mezzi:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a 750,00 euro;

- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario. Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito del conto se successivo salvo il buon fine del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o all'intermediario;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD) o carta di credito; salvo buon fine degli addebiti, per la prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA o del conferimento dell'autorizzazione permanente all'addebito su carta di credito; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza;
- se il premio è addebitato su conto corrente (SDD) o carta di credito con frazionamento del premio annuale in più rate, 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 trentesimo giorno successivo a quello della scadenza della rata. 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, e la parte del premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD o della carta di credito indicata, il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;
- con assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo, salvo il buon fine dell'assegno con l'effettivo pagamento dello stesso e salva la facoltà dell'intermediario di richiedere il pagamento del premio anche tramite altre modalità tra quelle previste in questo articolo, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.



Salvo buon fine: la garanzia opera dalla data di decorrenza o dalle scadenze successive indicate in Polizza anche se gli importi di premio non sono stati ancora ricevuti da Generali Italia; ciò a condizione che il pagamento del premio venga successivamente accreditato. In caso contrario la garanzia non opera o rimane sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 20 Entrata in vigore dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicati in Polizza se a tale data il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo restando la scadenza stabilita in Polizza.



Come posso disdire la polizza?

Art. 21 Proroga dell'assicurazione

Il contratto - stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente. L'eventuale disdetta va esercitata dal Contraente o da Generali Italia almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione scritta mediante:

- posta elettronica certificata (PEC);
- lettera raccomandata.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica;
- acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

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

Art. 23 Modalità per la richiesta di assistenza

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

- **dall'Italia al numero verde 800069706**
- **dall'estero al numero nero +39 0258246130**

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

- a) nome e cognome;
- b) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;
- c) la fascia tessera **GIWB**;
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

Per erogare le prestazioni previste, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dal Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali. Contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa, l'Assicurato dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e a condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

Nei servizi di assistenza per ricovero prolungato si intende un ricovero superiore a 15 notti di degenza ospedaliera.

Nell caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra assicurazione, 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. 24 Controversie

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 arbitrale 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 arbitrale 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 arbitrale 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 arbitrale 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. 25 Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Sommario

Art. 1 Definizioni	3
Art. 2 Assicurati	3
Art. 3 Oggetto dell'assicurazione	4
Art. 4 Assistenza Telefonica	4
Art. 5 Second Opinion Internazionale	4
Art. 6 Assistenza domiciliare integrata post ricovero per malattie gravi	4
Art. 7 Assistenza all'Assicurato	5
Art. 8 Assistenza ai Familiari dell'Assicurato	5
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO	6
Art. 9 Persone non assicurabili	7
Art. 10 Permanenza in assicurazione – Limiti di età	7
Art. 11 Esclusioni	7
Art. 12 Validità territoriale	8
Art. 13 Oneri	8
Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	8
Art. 15 Obblighi del Contraente	8
Art. 16 Comunicazione tra le parti	8
Art. 17 Riservatezza dei dati personali	9
Art. 18 Regolazione del Premio	9
Art. 19 Pagamento del Premio	9
Art. 20 Entrata in vigore dell'assicurazione	10
Art. 21 Proroga dell'assicurazione	10
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	11
Art. 22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	11
Art. 23 Modalità per la richiesta di assistenza	11
Art. 24 Controversie	11
Art. 25 Lingua in cui è redatto il contratto	12

