ACTIVE IMPRESA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Contratto di assicurazione malattie per aziende Rimborso Spese Mediche (Mod. M85/856.Opz.PrevigenGold - ed. 07.2023)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione (ED. 07.2023) sono parte integrante del Set Informativo, unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni (ED. 07/2023)
- DIP Aggiuntivo Danni (ED. 07/2023)

PRONTI ALLA VITA.
| cattolica.it | scarica l'app | | | | |

CATTOLICA* ASSICURAZIONI
DAL 1896
*Marchio di Generali Italia S.p.A.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Assicurazione Malattie - Rimborso spese mediche per Interventi chirurgici ad Alta Specializzazione

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Impresa: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: ACTIVE IMPRESA RIMBORSO SPESE MEDICHE M85-856 Opz. PrevigenGold

CATTOLICA ASSICURAZIONI DAL 1896

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

Che tipo di assicurazione è?

È l'assicurazione delle spese sanitarie per malattie e infortuni, a favore dei dipendenti e collaboratori di Aziende o di associati ad Enti di varia natura.

Che cosa è assicurato?

La copertura vale per il rimborso delle spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e sostenute in caso di:

- ✓ Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione individuato in contratto nell'Allegato 1
- ✓ Indennità sostitutiva
- ✓ Cure oncologiche
- ✓ Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione
- ✓ Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- ✓ Cure dentarie

Sono disponibili le seguenti garanzie aggiuntive:

- ✓ Opzione Checkup
- ✓ Opzione Maternità

Che cosa non è assicurato?

- × L'assicurazione vale per le persone di età inferiore o uguale a 75 anni. Per le persone che compiono 75 anni nel corso del contratto la garanzia è valida fino alla scadenza dell'annualità di polizza.
- × Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

L'Assicurazione non comprende:

- ! gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- ! gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- ! gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- ! 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;
- ! le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ! l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- ! le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- ! le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonchè ad uso terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- ! le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;
- ! prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche nonché tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Fanno eccezione alla presente esclusione le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli

interventi successivi alla prima applicazione;
- ! le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia;
- ! 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;
- ! le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- ! degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ! ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ! cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- ! i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ! le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.

Alcune delle suddette esclusioni sono, in tutto o in parte, assorbibili attivando garanzie opzionali.
Il contratto può prevedere dei periodi di carenza (periodi di tempo che devono trascorrere prima che la copertura sia operante).
Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie (importo in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato) e scoperti (importo espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato) che variano a seconda delle garanzie attivate.

Dove vale la copertura?
L'assicurazione vale in tutto il mondo

Che obblighi ho?
In sede di stipulazione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esaustive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile).
In caso di sinistro, è necessario che l'Assicurato o i suoi aventi diritto presentino, non appena ne abbiano la possibilità, la relativa denuncia a Generali Italia. L'inottemperanza anche ad uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo dovuto.

Quando e come devo pagare?
Il primo premio o la prima rata di premio devono essere pagati, al rilascio della polizza, all'Agenzia alla quale è assegnata oppure alla Società; i premi successivi o le rate di premio successive devono essere pagati entro il trentesimo giorno dopo quello della scadenza. E' possibile pattuire frazionamenti di premio a fronte di maggiorazioni dello stesso. Il premio è comprensivo di imposte. Qualora il premio sia convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili può essere previsto un conguaglio, a debito o a credito del Contraente, al termine di ciascuna annualità assicurativa.
Il premio deve essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti previsti dalla legge (750,00 euro).

Quando comincia la copertura e quando finisce?
La copertura ha effetto dal giorno e ora indicati 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 trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.
La copertura dura un anno e, in mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.
In generale, la copertura opera per i sinistri verificatesi in corso di efficacia del contratto e fino alla scadenza dello stesso. Per le prestazioni connesse ad un ricovero la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. Per le altre prestazioni la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

Come posso disdire la polizza?
In generale, per disdire la polizza il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento all'Agenzia cui è assegnato il contratto o alla Società. In specifico, il Contraente può recedere dal contratto al termine di ciascuna annualità, spedendo la disdetta almeno 30 giorni prima del termine rispettivamente previsto.

Assicurazione Malattie - Rimborso spese mediche per Interventi chirurgici ad Alta Specializzazione

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

Impresa: GENERALI ITALIA S.p.A.
Prodotto: ACTIVE IMPRESA RIMBORSO SPESE MEDICHE M85-856-Opz.PrevigenGold
Edizione: 07/2023

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.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A.; la sede legale è in Via Marocchesa,14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico 041.5492111; sito internet: www.cattolica.it – PEC: cattolica@pec.generaligroup.com - Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.
La Società è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927.

Patrimonio netto al 31/12/2019: € 10.244.148.191,00 di cui € 1.618.628.450,00 relativi al capitale sociale e € 7.550.853.867,00 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali
Requisito patrimoniale di solvibilità: € 8.217.950.961,75
Requisito patrimoniale minimo: € 3.180.739.318,67
Fondi propri ammissibili (a copertura SCR): € 17.610.296.018,45
Indice di solvibilità (solvency ratio): 214,29% (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)

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Se è attivata la Piattaforma Welion il contraente disporrà di un servizio aggiuntivo per gli assicurati (ai sensi dell'art. 59-bis del Regolamento IVASS n. 40/2018) per la fruizione dei Flexible Benefit.

I servizi hanno natura accessoria e costituiscono parte integrante di un'unica offerta complessa di natura assicurativa.

I costi della Piattaforma Welion possono variare in base ai seguenti parametri:
- numero di dipendenti attivati
- ammontare dei crediti di welfare attivati
- profilazione dei servizi attivati

I costi della piattaforma Welion a carico del Contraente saranno quindi i seguenti:
- Setup una tantum: minimo 500 euro, massimo 3.500 euro
- Canone annuo: minimo 250 euro, massimo 2.200 euro
- Fee annua per la gestione dei crediti welfare: minimo 3,0%, massimo 6,0%
- Servizi aggiuntivi: minimo 250 euro, massimo 2000 euro

I costi saranno pagati direttamente Generali Welion S.c.a.r.l. sulla base del Contratto Accessorio sottoscritto dal Contraente.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Le spese per intervento chirurgico con utilizzo di tecnica robotica non sono rimborsabili se l'intervento è effettuato in strutture non appartenenti alla rete convenzionata con Generali Italia.

Il contratto prevede i seguenti massimali, franchigie e scoperti.

- Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione individuato: € 100.000 (in rete: nessuno - fuori rete: 30% con franchigia € 2.500)
- Indennità sostitutiva: € 50 fino al massimo di 100 giorni per annualità assicurativa
- Cure oncologiche: € 7.000 (in rete e fuori rete: riconoscimento totale della spesa)
- Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione: € 3.000 (in rete: franchigia € 35 - fuori rete: 40%) di cui Protesi ortopediche e apparecchi acustici:
  sottolimite € 500 (scoperto 40% con il minimo di € 70)
- Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio € 1.000 (in rete: franchigia € 30 - fuori rete:50%) di cui Trattamenti fisioterapici:
  sottolimite € 400 (in rete: nessuno - fuori rete: 50%)
- Cure dentarie € 1.000 - sono previste le seguenti prestazioni ed i rispettivi scoperti :
  Visite: in rete: nessuno – fuori rete: rimborso non previsto
  Igiene orale: in rete: nessuno – fuori rete: rimborso non previsto
  Visita emergenza: in rete: nessuno – fuori rete: 20%
  Conservativa: in rete: 50% - fuori rete 70%
  Radiologia odontoiatrica: in rete 10% - fuori rete: 50%
  Chirurgia: in rete 10% - fuori rete 50%
  Endodonzia: in rete 50% - fuori rete: 70%
  Paradontologia: in rete accesso al tariffario – fuori rete rimborso non previsto
  Protesi: in rete accesso al tariffario – fuori rete rimborso non previsto
  Ortognatodonzia: in rete accesso al tariffario – fuori rete rimborso non previsto
  Implantologia: in rete accesso al tariffario – fuori rete rimborso non previsto

Le garanzie opzionali (checkup, maternità) prevedono specifici massimali, franchigie o scoperti.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro ?	**Denuncia di sinistro:** L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono: • presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico; • allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri; • 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.
	Assistenza diretta/in convenzione: Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Gli Assicurati devono attivare la Centrale Operativa per tutte le prestazioni da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia. Inoltre Generali Italia, in collaborazione con Pronto-Care, ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete convenzionata di Studi odontoiatrici dove gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni indicate nella specifica garanzia.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese diverse da quelle di cui al punto precedente.
	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.
Dichiarazioni inesatte o reticenze	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate – procedendo al pagamento entro 30 giorni. L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, in caso di esercizio del diritto di ripensamento da parte del Contraente, Generali Italia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa il premio versato, al netto delle imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto con richiesta scritta da inviare all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o a Generali Italia tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Active Impresa RIMBORSO SPESE MEDICHE è rivolta ai titolari, amministratori, soci di aziende ed enti non commerciali nonché ai relativi dipendenti per assicurare il rimborso delle spese sanitarie per malattia e infortuni.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
Gli intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 15,00% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE 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 - 00187 ROMA - fax 06.8433004 - e-mail: reclami.it@generali.com La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Generali Italia ha termine 45 giorni per rispondere al reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA - fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:	
Mediazione	E' possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). 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 06.44494313 - e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

AVVERTENZA: 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 E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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 Active Impresa RIMBORSO SPESE MEDICHE mod. M85/856.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Azienda Associata	L'azienda convenzionata con la Cassa di assistenza "Previgen Assistenza" e in regola con i pagamenti dei contributi.
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto.
Condizioni di Assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La Cassa di Assistenza "Previgen Assistenza" con sede in Via Marocchesa, 14 - Mogliano Veneto (TV).
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata.
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
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.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica, senza degenza, effettuata in ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la 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.

IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dallo stato italiano.

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 - Assicurati

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente (→ definizioni) in nome e per conto dell'Azienda Associata (→ definizioni) a favore dei propri dipendenti remunerati dell'Azienda stessa.
La sede operativa dell'Azienda Associata, 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.

L'assicurazione prestata per l'intero Nucleo familiare (→ definizioni), in caso di sinistro richiede la presentazione del certificato di stato di famiglia oltre alla documentazione prevista dal successivo art. 23.

L'assicurazione è prestata nella forma: Persona con la qualifica di DIRIGENTI.

Che cosa è assicurato?

Art. 3 - Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e verificatisi nell'anno assicurativo.

Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi e/o nell'art. 10 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del SSN.

Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal SSN per la prestazione effettuata Generali Italia rimborserà l'intero importo.

Art. 4 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

Art. 4.1 - Interventi chirurgici ad alta specializzazione come indicati nell' Allegato 1 del contratto

- onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; **le spese per interventi chirurgici con utilizzo di tecnica robotica sono riconosciuti solo se effettuati in strutture convenzionate**;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 250**;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico** o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento** o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di 30 giorni per annualità assicurativa**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento o ricovero**;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col **massimo di € 2.000 per intervento o ricovero**;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600**.

Art. 4.2 - Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sanitarie di cui al precedente art. 4.1 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 9 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Le spese relative a vitto, pernottamento e trasporto sono riconosciute entro i limiti previsti nel precedente art 4.1 senza applicazione di scoperti o franchigie.

Art. 4.3 - Spese pre/post ricovero

Ci sono limiti di copertura

Le eventuali spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nel precedente art. 4.1 sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Come si calcola l'indennizzo?
Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni, speso € 2.000, applicazione di scoperto del 10% col minimo di € 500. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. Totale speso dall'Assicurato € 2.500.
Totale riconosciuto all'Assicurato € 1.850: ricovero € 1.500 (il 10% di 2.000= 200 e quindi verrà applicato il minimo previsto di 500); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.4 - Anticipo

Che cosa è assicurato
Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

Art. 4.5 - Indennità sostitutiva

Che cosa è assicurato
Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate all'art. 4.1 sono comunque oggetto di rimborso da parte di Generali Italia in base a quanto indicato agli artt. 4.2 e 4.3.

Ci sono limiti di copertura
Nell'art. 9 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo sono indicati l'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta.

Come si calcola l'indennizzo?
Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni in struttura del SSN, diaria sostitutiva € 100 al dì. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. Totale speso dall'Assicurato € 500.
Totale riconosciuto all'Assicurato € 650: ricovero €300 (100x3 di ricovero); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 5 - Cure oncologiche

Che cosa è assicurato
Generali Italia rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica ed eseguite esclusivamente in regime ambulatoriale o Day hospital.

Sono compresi in garanzia i protocolli rientranti negli studi clinici relativi a sperimentazioni riconosciute dall'AIFA.

Ci sono limiti di copertura
La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale di **euro 7.000** senza applicazione di franchigie e/o scoperti.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Esaurito il massimale le prestazioni indicate non potranno essere rimborsate in base ad altre garanzie eventualmente presenti nel contratto.

ATTENZIONE: esaurito il massimale di questa garanzia il contratto non è più operante per le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici, la chemioterapia, radioterapia, immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica.

Art. 6 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato
Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni

diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero: Amniocentesi (nei seguenti casi: *età dell'Assicurata oltre i 35 anni, familiarità dell'Assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening ecografici, biochimici ed ultrascreen)*, Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, Esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Tomografia ad emissione di positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Urografia.

Si intendono comprese in questa garanzia le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 9 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

Lo scoperto o franchigia che rimane a carico dell'Assicurato viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 7 - Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche di routine e di controllo della crescita, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia e l'ortottica). Rientrano in questa garanzia le infiltrazioni a fini fisioterapici. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie. In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso. Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'evento, purché in vigenza di polizza.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 9 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo

Il rimborso delle spese analisi ed esami diagnostici e di laboratorio avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione o ciclo di terapia nel caso di trattamenti fisioterapici.

> ATTENZIONE: si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico (anche se rientrante nella garanzia di cui all'art. 6) connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati a Generali Italia in un'unica richiesta di rimborso. In presenza di ciclo di cura la richiesta di rimborso deve essere fatta a conclusione del ciclo con la prescrizione del medico specialista nella patologia.

Art. 8 - Cure dentarie

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, a deroga dell'art. 12 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per le prestazioni dentarie indicate nella tabella dell'art. 9.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 9 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 9 - TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI 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.

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza del relativo massimale e previa eventuale applicazione dello scoperto e/o della franchigia indicati nel relativo articolo o nella

seguente tabella.

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

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese indennizzabili a termini di contratto, effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato.

Come si calcola l'indennizzo?
Garanzia Fisioterapia: Massimale € 1.000, a carico dell'Assicurato scoperto del 10% con minimo € 100
Esempio 1: speso € 1.500, rimborso € 1.000 il *massimale*
Esempio 2: speso € 1.100, rimborso € 990. *Lo scoperto del 10% applicato alla spesa è pari a € 110. Massimale residuo € 10.*
Esempio 3: speso € 800, rimborso € 700. *Lo scoperto del 10% della spesa (€ 80) è minore del minimo e quindi resta a carico dell'Assicurato € 100. Massimale residuo € 800.*

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie	
Intervento chirurgico ad Alta specializzazione **Retta di degenza**	art. 4.1	**€ 100.000,00** Limite giornaliero **€ 250,00**	Scoperto: *in rete:* nessuno *fuori rete:* 30% con franchigia min € 2.500,00 Ticket: rimborso al 100%	
Indennità sostitutiva	art. 4.5	€ 50,00 fino al massimo di 100 giorni per annualità assicurativa		
Cure oncologiche	art. 5	**€ 7.000,00**	**Riconoscimento al 100% della spesa**	
Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione *di cui* **Protesi ortopediche e apparecchi acustici**	art. 6	**€ 3.000,00** **sottolimite € 500,00**	Scoperto: *in rete: € 35,00* *fuori rete:* 40% Ticket: rimborso al 100% Scoperto: 40% minimo €. 70,00	
Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio *di cui* **Trattamenti fisioterapici**	art. 7	**€ 1.000,00** **sottolimite € 400,00**	Scoperto: *in rete*: *€ 30,00* *fuori rete:* 50%; Ticket: rimborso al 100% Scoperto: *in rete*: nessuno *fuori rete: 50%;* Ticket: rimborso al 100%	
Cure dentarie	art. 8	**€ 1.000,00**	Scoperto:	
			in rete	*fuori rete*
Visite			nessuno	Rimborso non previsto
Igiene orale			nessuno	Rimborso non previsto
Visita emergenza			nessuno	20%
Conservativa			50%	70%
Radiologia odontoiatrica			10%	50%
Chirurgia			10%	50%
Endodonzia			50%	70%
Paradontologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Protesi			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Ortognatodonzia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto
Implantologia			Accesso al tariffario	Rimborso non previsto

Che cosa NON è assicurato?

Art. 10 - Persone non assicurabili

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

Art. 11 - Permanenza in assicurazione – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Per coloro che compiono i 75 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 che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Azienda Associata, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Azienda stessa. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito al rimborso del premio che si considera acquisito.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 12 - 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 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;

> ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici: **piattismo bilaterale, scoliosi, alluce valgo, varismo delle ginocchia, anca valga, piede torto**

f) l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;

g) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e 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) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;

j) prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche nonché tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Fanno eccezione alla presente esclusione le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;

> ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi estetici: **mastoplastica, blefaroplastica, aspirazione della cute e del tessuto cutaneo, rinoplastica, trapianto di capelli, liposuzione, addominoplastica, cisti adipose, chirurgia bariatrica con indice di massa corporea minore di 30 BMI, comprese le relative terapie dietologica e dietoterapica**

k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia;

l) 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;

m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;

n) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;

o) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

p) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;

q) i ricoveri ed i Day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

r) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.

Dove vale la copertura?

Art. 13 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

Art. 14 - 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 ne sia stato anticipato da Generali Italia.

Art. 15 - 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. 16 - Obblighi del Contraente e dell'Azienda Associata

Nel caso in cui gli assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o 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 hanno la possibilità, collegandosi al sito internet di Generali Italia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

L'Azienda Associata si impegna a fornire a Generali Italia nome e 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 avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

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.

Quanto e come devo pagare?

Art. 18 - Regolazione del premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione 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 (persone o nuclei familiari) affinché Generali Italia possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio minimo;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché la 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; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 70% del premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni Generali Italia notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza Generali Italia si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per Generali Italia 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 gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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 le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- 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;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, in tale qualità, su conto corrente postale dedicato(1). In questo caso la data di versamento del premio e, quindi, la data di decorrenza della garanzia coincide con quella apposta dall'ufficio postale;
- 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(2) 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 bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto corrente dedicato dell'intermediario, in tale qualità. In questo caso la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o sul conto corrente dell'intermediario, in tale qualità;

- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD). In questo caso il premio si intende pagato, salvo il buon fine degli addebiti stessi, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive. Fermo quanto precede, in caso di mancato pagamento anche di una sola rata di premio la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza della rata. In caso di sospensione la garanzia produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico bancario o recandosi direttamente presso l'intermediario, tutte le rate scadute e non pagate, e la parte di premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(1) 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.

(2) 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.

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, ferme restando le scadenze stabilite in Polizza.

Come posso disdire la polizza?

Art. 21 - Proroga dell'assicurazione

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente. L'eventuale disdetta va esercitata da ciascuna delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 22 - Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici e Studi Odontoiatrici ai quali gli assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie o scoperti di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 2).

ATTENZIONE: l'Assicurato deve attivare la Centrale Operativa in caso di intervento chirurgico da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia

Art. 23 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

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 con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- 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. 24 - Criteri di liquidazione

Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.
Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, Generali Italia effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.
La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto, in cui è indicato l'indirizzo, e la documentazione inerente il sinistro, **oppure tramite internet**. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito www.cattolica.it e cliccare sulla voce "Area Clienti".
In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo https://areaclienti.cattolica.it/.

Art. 25 - 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 esser 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 26 - Rimborso da Enti

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una medesima prestazione presente in questo contratto, deve fornire a Generali Italia evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. Generali Italia effettua il pagamento della prestazione richiesta in base a quanto previsto dal contratto sulle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e comunque fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore non ecceda il costo sostenuto per quella prestazione.

Art. 27 - Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

a) in caso di ricovero per intervento ad alta specializzazione e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1 e 4.5 delle Condizioni di Assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
b) per le garanzie di cui agli articoli dal 5 al 8 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 28 - 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	4
Art. 3 - Rischi assicurati	5
Art. 4 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche	5
Art. 4.1 - Interventi chirurgici ad alta specializzazione come indicati nell' Allegato 1 del contratto	5
Art. 4.2 - Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero	5
Art. 4.3 - Spese pre/post ricovero	5
Art. 4.4 - Anticipo	6
Art. 4.5 - Indennità sostitutiva	6
Art. 5 - Cure oncologiche	6
Art. 6 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione	6
Art. 7 - Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio	7
Art. 8 - Cure dentarie	7
Art. 9 - TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO	7
Art. 10 - Persone non assicurabili	9
Art. 11 - Permanenza in assicurazione – Limiti di età	9
Art. 12 - Esclusioni	9
Art. 13 - Validità territoriale	10
Art. 14 - Oneri	10
Art. 15 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	10
Art. 16 - Obblighi del Contraente e dell'Azienda Associata	10
Art. 17 - Riservatezza dei dati personali	10
Art. 18 - Regolazione del Premio	11
Art. 19 - Pagamento del Premio	11
Art. 20 - Entrata in vigore dell'assicurazione	12
Art. 21 - Proroga dell'assicurazione	12
Art. 22 - Reti convenzionate	12
Art. 23 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)	12
Art. 24 - Criteri di liquidazione	13
Art. 25 - Controversie	13
Art. 26 - Rimborso da Enti	13
Art. 27 - Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza	13
Art. 28 - Lingua in cui è redatto il contratto	13

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Per facilitare la consultazione dell'elenco sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo od apparato, ed all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione ICD9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, con i primi due che identificano generalmente un organo/apparato/sistema, mentre il terzo ed il quarto specificano sede e tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono limitati al terzo carattere per identificare interventi che non richiedono ulteriori specificazioni ovvero che raggruppano per analogia quelli che differiscono esclusivamente per il quarto carattere.

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)
2. Interventi sul sistema endocrino (06-07)
3. Interventi sull'occhio (08-16)
4. Interventi sull'orecchio (18-20) associati a Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)
5. Interventi sul sistema respiratorio (30-34)
6. Interventi sul sistema cardio vascolare (35-39)
7. Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)
8. Interventi sull'apparato digerente (42-54)
9. Interventi sull'apparato urinario (55-59) e Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)
10. Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)
11. Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)
12. Interventi sui tegumenti (85-86)

1. Interventi sul sistema Nervoso (01–05)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia e craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.25	Altra craniectomia
	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	01.32	Lobotomia e trattotomia
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali
	03.59	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale

	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

2. Interventi sul sistema Endocrino (06–07)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.52	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

3. Interventi sull'Occhio (08–16)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare

4. Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi

Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronariche	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
By pass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAS
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 – 54)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove

Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	44.2	Piloroplastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistotomia e colecistostomia	51.01	Aspirazione percutanea della colecisti
Colecistotomia e colecistostomia	51.02	Colecistostomia con trequarti
Colecistectomia	51.2	Colecistectomia
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatica	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario (55 - 59) e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto Renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Riduzione cruenta di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e decompressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
Artrodesi vertebrale (qualsiasi sede e metodica) eccetto cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore	81.08	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

12. Interventi sui tegumenti (85 - 86)		
Tipo intervento	**ICD9**	**Descrizione ICD9**
Mastectomia radicale monolaterale	85.45	Mastectomia radicale monolaterale

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

Attivazione della Centrale Operativa

L'Assicurato ha la possibilità di utilizzare le strutture della rete convenzionata attivando la Centrale Operativa con uno dei seguenti canali a sua scelta:

- Telefonico: dall'Italia al numero verde **800 572 572** o dall'estero al numero **+39 02 58240565, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 22:00 e sabato dalle 8:00 alle 14:00**
- Tramite portale web raggiungibile all'indirizzo https://areaclienti.cattolica.it/
- Tramite l'MyCattolica

L'autorizzazione da parte della Centrale Operativa ad effettuare la prestazione in rete comporta il servizio di pagamento diretto da parte della Compagnia alla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

Per "Rete" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura, Studi Odontoiatrici e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con Generali Italia, alle quali l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito www.cattolica.it ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, al numero sopra indicato.

In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all'Assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato è necessario comunicare:

- ☐ nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- ☐ contraente della polizza
- ☐ recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- ☐ struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- ☐ data della prestazione
- ☐ nominativo equipe medica

È necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo comunicato dalla Centrale Operativa o alleghi alla denuncia se fatta tramite il canale on line **la prescrizione medica con i seguenti elementi** (nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario):

- ☐ indicazione della prestazione da effettuare
- ☐ diagnosi
- ☐ anamnesi prossima e remota
- ☐ referti esami strumentali

La preventiva richiesta dell'Assicurato, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto**.

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 72 ore successive** autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente sulla tutela dei dati personali.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente a quanto autorizzato dalla Centrale Operativa.

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata Generali Italia pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

ACCESSO AI SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI (accertamenti diagnostici/ visite specialistiche/ prestazioni odontoiatriche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 3 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato è necessario comunicare:

- ☐ nome e cognome della persona che deve effettuare la prestazione
- ☐ contraente di polizza
- ☐ recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- ☐ struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- ☐ data della prestazione
- ☐ certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi. Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- ☐ nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 72 ore successive** la struttura convenzionata (ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia l'Assicurato.

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle Condizioni di Assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia una copia delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni effettuate.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l'Assicurato può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero risulti autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assicurato può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.

Welion card - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

In caso di prestazioni non previste dalla Polizza oppure qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi comunque un centro clinico o studio odontoiatrico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia tramite la Welion Card. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete". La Welion Card è disponibile nell'area riservata del portale di Cattolica oppure nell'App MyCattolica.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi - www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com