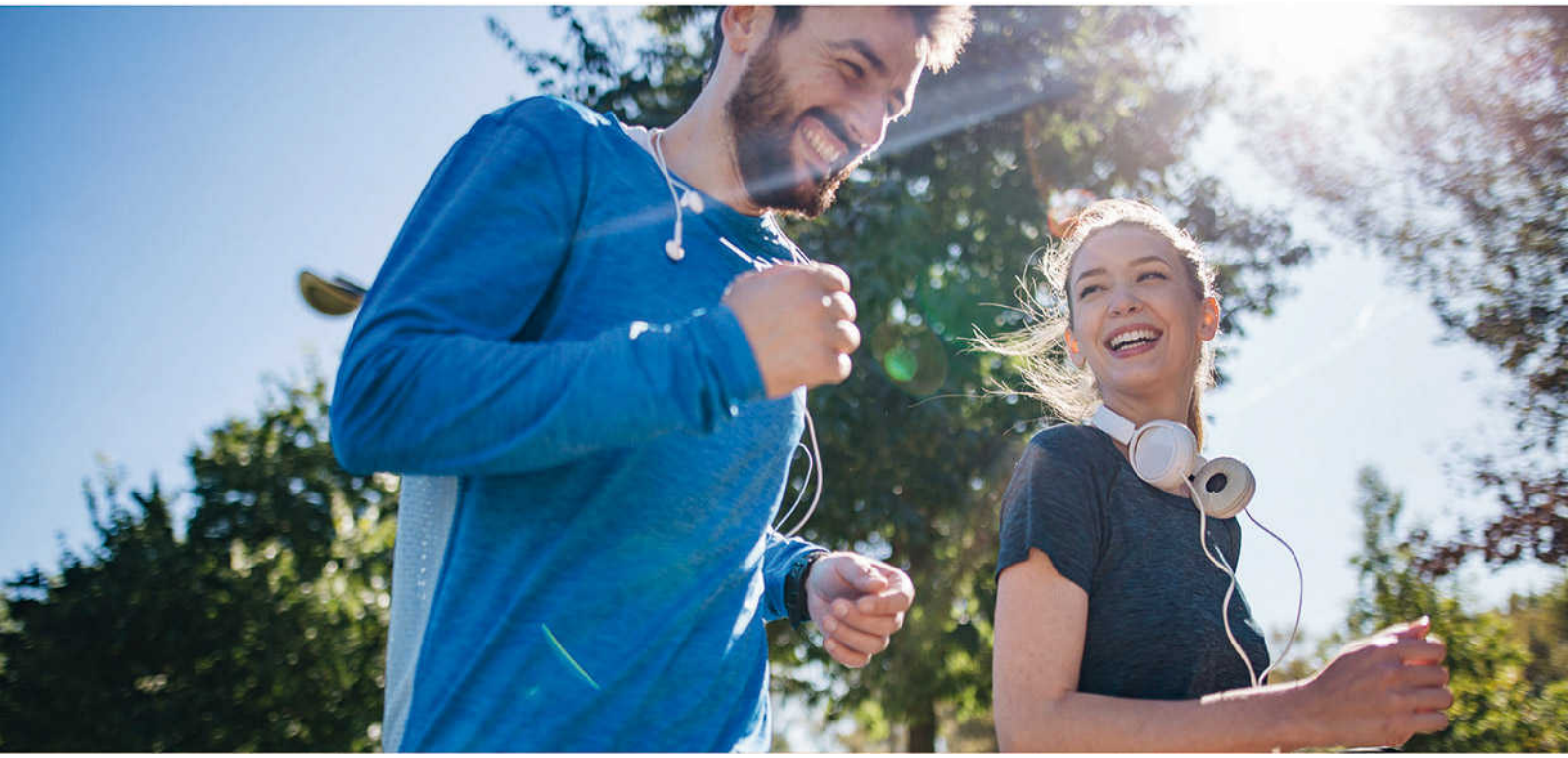
ACTIVE PROTEZIONE

SALUTE E BENESSERE



ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE è disponibile nella formula:

- "Benessere", per una formula personalizzata e completa di tutela della Salute che include: protezione economica per ritornare presto attivi in caso di imprevisti; la scelta delle cure più idonee in caso di spese mediche frequenti per visite ed analisi; le spese straordinarie per ricoveri o interventi; formule anche per tutta la vita. In più, protezione economica per essere sempre in grado di provvedere a se stessi e ai propri cari in caso imprevisto. Inoltre, per un pronto supporto in situazioni di difficoltà, sono disponibili diverse soluzioni di servizi e prestazioni di Prevenzione e Assistenza.

  Set Informativo del Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere - edizione 11.07.2026
  - DIP Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere
  - DIP Aggiuntivo Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere
  - Condizioni di assicurazione Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere

- "Starbene Su misura", per una protezione individuale essenziale ma efficace per malattie e/o infortuni subiti sia nello svolgimento dell'attività professionale indicata in polizza sia in un contesto familiare e di vita privata. Inoltre, per un pronto supporto in situazioni di difficoltà, sono disponibili due soluzioni di servizi e prestazioni di Prevenzione e Assistenza.

  Set Informativo del Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura - edizione 11.07.2026
  - DIP Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura
  - DIP Aggiuntivo Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura
  - Condizioni di assicurazione Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura

- "Starbene Tutti compresi", per assicurare il tuo nucleo familiare presente e futuro con un pacchetto definito di garanzie (attivabili sempre insieme) per i rischi che riguardano la guida dell'auto e gli infortuni domestici. Inoltre, per un pronto supporto in situazioni di difficoltà, sono disponibili due soluzioni di servizi e prestazioni di Prevenzione e Assistenza.

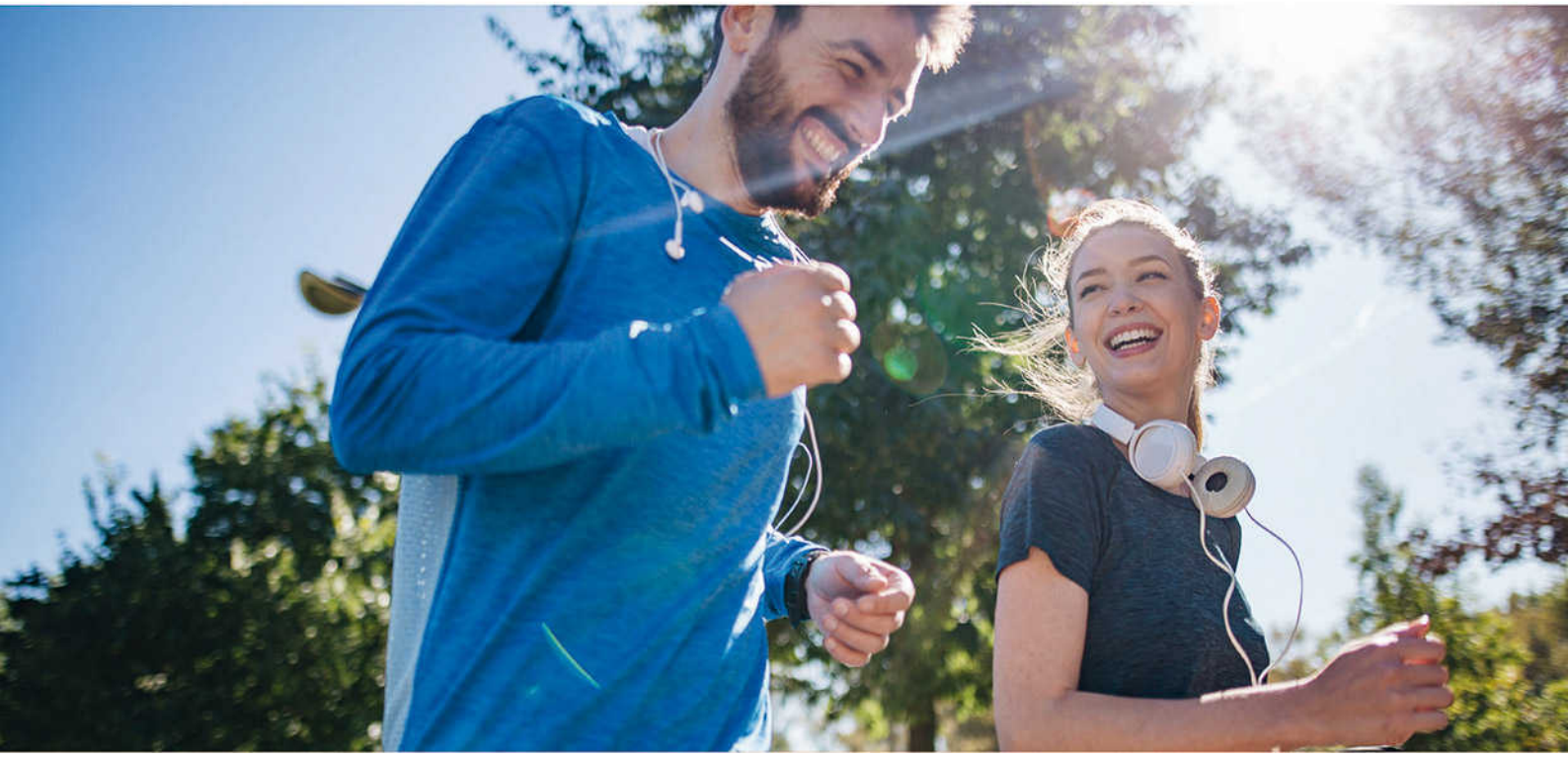
  Set Informativo del Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi - edizione 11.07.2026
  - DIP Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi
  - DIP Aggiuntivo Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi
  - Condizioni di assicurazione Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi

Ti ricordiamo che puoi modificare nel tempo le tue scelte secondo le tue nuove esigenze.
Scopri ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE nella formula assicurativa che hai scelto!

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

ACTIVE PROTEZIONE

SALUTE E BENESSERE



ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE è disponibile nella formula:

➢ "Benessere", per una tutela personalizzata e completa della Salute che include: protezione economica per ritornare presto attivi in caso di imprevisti; la scelta delle cure più idonee in caso di spese mediche frequenti per visite ed analisi; le spese straordinarie per ricoveri o interventi; formule anche per tutta la vita. In più, protezione economica per essere sempre in grado di provvedere a se stessi e ai propri cari in caso imprevisto. Inoltre, per un pronto supporto in situazioni di difficoltà, sono disponibili diverse soluzioni di servizi e prestazioni di Prevenzione e Assistenza.

Set Informativo del Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere - edizione 11.07.2026

- DIP Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere
- DIP Aggiuntivo Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere
- Condizioni di assicurazione Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere

ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE con…

- In autonomia, per poter provvedere a te stesso e ai tuoi cari anche davanti a ostacoli più grandi, attraverso indennità e rendite in caso di infortunio o di imprevisti legati alla salute
- In attività, per gestire più facilmente i giorni in cui è necessario rallentare... per poi ripartire, con gli indennizzi in caso di ricovero o intervento
- In continuità, con una somma assicurata per realizzare e portare a termine i progetti che hai in mente come desideri, anche dopo di te.

Ti ricordiamo che puoi modificare nel tempo le tue scelte secondo le tue nuove esigenze.
Scopri ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE nella formula assicurativa che hai scelto!

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

Assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni, Malattia e Assistenza

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A. **Prodotto: Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere**

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A., iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00021, autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927.

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere è una soluzione assicurativa che copre i rischi da Malattia e Infortuni che possono accadere in casa, al lavoro e nel tempo libero. L'offerta comprende anche la possibilità di attivare una copertura Assistenza per necessità ed emergenze legate alla salute dell'Assicurato.

Che cosa è assicurato?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

È prevista una soluzione base di Servizi e Prestazioni:

- ✓ **FARE PREVENZIONE START**: Consulenza medica generica; Consulenza neurologica; Consulenza post infortunio sportivo; Consulenza ortopedica; Consulenza geriatrica; Consulenza cardiologica; Consulenza ginecologica; Consulenza pediatrica; Guida sanitaria telefonica; Reperimento e invio di un collaboratore familiare; Invio di un medico; Invio di un'autombulanza; Accesso al network sanitario a tariffe agevolate; Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate; Servizio di consulto remoto h24.

Inoltre, sono disponibili diverse soluzioni di Servizi e Prestazioni accessorie per ampliare e personalizzare la copertura indicate nel DIP aggiuntivo.

Sono previste le Garanzie di seguito indicate per Sezione:

SEZIONE IN AUTONOMIA

- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da malattia
- ✓ Invalidità permanente da ictus e infarto
- ✓ Pronta liquidazione infortuni
- ✓ Indennità aggiuntiva per frattura
- ✓ Rendita vitalizia da infortunio
- ✓ Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione
- ✓ Rendita vitalizia da malattia

SEZIONE IN ATTIVITÀ

- ✓ Spese mediche per infortunio, malattia o parto
- ✓ Spese mediche per malattia o parto
- ✓ Spese mediche per infortunio
- ✓ Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia
- ✓ Grandi interventi chirurgici
- ✓ Malattie oncologiche
- ✓ Indennizzo forfettario per intervento chirurgico
- ✓ Indennizzo forfettario per gravi eventi
- ✓ Alta diagnostica
- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Cure fisioterapiche per infortunio
- ✓ Cure dentarie
- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto
- ✓ Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia
- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
- ✓ Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia
- ✓ Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

A Vita

È possibile scegliere, per ciascun Assicurato, una delle seguenti formule:

Basic

- ✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia
- ✓ Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia
- ✓ Indennizzo forfettario per gravi eventi

Comfort

- ✓ Grandi interventi chirurgici
- ✓ Malattie Oncologiche
- ✓ Alta diagnostica

Top

- ✓ Spese mediche per infortunio, malattia o parto
- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Alta diagnostica

SEZIONE IN CONTINUITÀ - Per i tuoi cari

- ✓ Morte da infortunio

SEZIONE DEDICATO A TE

SPECIALE PROFESSIONE: Indennizzo mensile per perdita d'impiego; Rimborso spese per costi fissi d'impresa; Estensione alle radiodermiti per radiologi; Responsabilità civile del Contraente; Rimborso spese per adeguamento abitazione/studio/auto a seguito di infortunio; Maggiorazione indennizzo per infortunio da atto criminoso; Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo dei locali dell'attività.

SPECIALE VIAGGI E TEMPO LIBERO: Estensione alle malattie tropicali; Maggiorazione indennizzo per infortuni motociclistici, ciclistici, sciistici, velici.

SPECIALE FAMIGLIA: Pacchetto Family; Rimborso spese per adeguamento abitazione e auto a seguito di infortunio; Indennizzo forfettario per perdita anno scolastico; Maggiorazione indennizzo per ricovero contemporaneo dei genitori; Indennizzo aggiuntivo per decesso;

Che cosa non è assicurato?

Le esclusioni sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere grassetto.

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

- ✗ **Le Prestazioni di Assistenza non sono dovute per gli eventi accaduti in occasione di**: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti, altre calamità naturali, atti di guerra o di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, esplosioni, emanazione di calore o radiazioni da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; per dolo dell'Assicurato o intervento di Autorità.

Per le SEZIONI IN AUTONOMIA, IN ATTIVITÀ, IN CONTINUITÀ e DEDICATO A TE sono esclusi:

- ✗ **Infortuni subiti durante**: l'arruolamento volontario; il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale; la pratica, a qualsiasi titolo, di determinate attività quali pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera in tutte le sue forme anche indoor, discesa di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala WW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite-surf, snow-kite, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob o slittino, rugby, football americano, sport aerei, sport motoristici, sport estremi. Per le Garanzie **Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Grandi interventi chirurgici, Alta diagnostica** e **Visite specialistiche** l'esclusione vale solo per gli sport aerei e sport estremi;
- ✗ **Infortuni causati da**: guida di veicoli o natanti a motore senza abilitazione a norma di legge; abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene; operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili; guerra e insurrezione; trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra; pratica di qualsiasi attività sportiva professionale (svolta a titolo oneroso); azioni o comportamenti dell'Assicurato legati a epilessia o a determinate infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici o paranoidi, forme maniaco-depressive); terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche nel Comune di residenza dell'Assicurato; lesioni che derivano da tumulti popolari a cui l'Assicurato ha partecipato in modo attivo;
- ✗ **Infortuni accaduti**: alla guida o in qualità di personale di bordo di aeromobili; in qualità di passeggero su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri; su aeromobili di aeroclub, apparecchi per il volo da diporto o sportivo; durante attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore praticate a qualunque titolo (salvo quanto previsto dalle Garanzie accessorie **Estensione alle immersioni con autorespiratore** e **Estensione alle immersioni con autorespiratore per motivi di servizio**); uso di mezzi subacquei; in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione;
- ✗ **Infortuni che derivano da**: delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; uso e guida di veicoli a motore su circuiti per sport motoristici; partecipazione a corse e gare e relative prove e allenamenti con uso di natanti a motore o a competizioni riconosciute o approvate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.) di calcio, calcio a 5 e simili, sci e snow-board non estremi, ciclismo, sport equestri, hockey. Se è stato scelto l'ambito di operatività circolazione, sono sempre esclusi gli infortuni che derivano dalla partecipazione a qualunque tipo di competizione organizzata da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal C.O.N.I.. Esclusione non valida per le Garanzie **Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Grandi interventi chirurgici, Alta diagnostica** e **Visite specialistiche**.
- ✗ **Sono, inoltre, esclusi**:
  gli infortuni subiti in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati, se è stato scelto ambito di operatività circolazione; Malattie come conseguenza delle infezioni dovute a Infortunio; Malaria e le conseguenze delle punture o morsi di zecca, aracnidi e roditori; Infarti; rotture sottocutanee di tendini e ernie, tranne le

Maggiorazione indennizzo della garanzia Morte da infortunio; Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca; Indennizzo forfettario per parkinson/alzheimer/SLA.
PIÙ GENERALI: Salvaguardia piani di investimento; Maggiorazione per reinvestimento dell'indennizzo invalidità permanente da grave infortunio; Bonus fedeltà in assenza di sinistri; Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo casa.

Sono previste coperture gratuite per figli fino a 10 anni indicati tra le persone assicurate in Polizza.

Al Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere è inoltre abbinato il servizio di consulenza legale telefonica **PRONTO AVVOCATO**, comune a tutti i Moduli del Prodotto Active Protezione, per affrontare controversie legali, impostare comunicazioni a controparti e ottenere chiarimenti su normative vigenti in relazione alla vita privata, circolazione stradale e patente, salute, viaggi e vacanze, vita digitale, immobili, animali domestici.

Tutte le Garanzie sono prestate nell'ambito delle somme assicurate e dei Massimali rispettivamente indicati in Polizza.

Il DIP aggiuntivo contiene informazioni di dettaglio.

ernie addominali da causa violenta se conseguenza di Infortunio accaduto durante la validità della Garanzia Invalidità permanente da infortunio; per le Garanzie accessorie **Estensione alle immersioni con autorespiratore** e per tutte le estensioni ad attività sportive non professionali o se scelto ambito di operatività circolazione le Lesioni muscolari e tutti i tipi di ernie sono sempre escluse; conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;

- ✗ **Sono esclusi dalla copertura assicurativa per il caso di Malattia**: stati invalidanti e patologici, Malattie, Malformazioni conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati con dolo o colpa grave; Difetti fisici già presenti prima dell'attivazione della Garanzia; Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive o riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico; abuso di alcolici, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti; conseguenze di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche; contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra; prestazioni di natura estetica, cure dimagranti o dietetiche; sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate; conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate.

Sono inoltre previste ulteriori specifiche esclusioni indicate nel DIP aggiuntivo.

Ci sono limiti di copertura?

Le Garanzie prevedono limiti di Indennizzo specifici per alcune coperture, Franchigie, Scoperti e Termini di aspettativa che sono contenuti nelle Condizioni di assicurazione contraddistinti dal carattere grassetto e riepilogati in Polizza.
Il DIP aggiuntivo contiene informazioni di dettaglio.

Dove vale la copertura?

- ✓ Le Prestazioni Prevenzione e Assistenza operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività per la singola Prestazione. Per la soluzione accessoria MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL le Prestazioni operano in tutto il mondo, a eccezione dei Paesi in stato di guerra dichiarata o di fatto, in cui le autorità locali o internazionali non consentono attività di assistenza diretta da parte di soggetti privati o in presenza di tumulti popolari.
- ✓ Le Garanzie Infortuni e Malattia operano in tutto il mondo.
- ✓ Il servizio assicurativo comune a tutti i Moduli **Pronto Avvocato** opera in Italia e in relazione a normative italiane.

Che obblighi ho?

Il Contraente o l'Assicurato **deve** all'attivazione delle Garanzie:
- rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e su eventuali altre polizze in corso per gli stessi rischi e, durante il periodo di validità delle Garanzie, comunicare a Generali Italia i cambiamenti che aggravano o diminuiscono il rischio assicurato;
- compilare e sottoscrivere un questionario medico sul suo stato di salute, su eventuali traumi, Infortuni e Malattie pregressi;
- dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del Comune di residenza che si verificano in corso di validità della Garanzia.

Il Contraente, l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, **deve** in caso di Sinistro:
- presentare denuncia scritta a Generali Italia o all'Agenzia che gestisce il contratto con indicazione di numero di Polizza, luogo, giorno e ora, cause e descrizione del fatto e con la necessaria documentazione medica e giustificativi di spesa. La denuncia di Infortunio va effettuata entro 10 giorni dalla data in cui si è verificato (o se ne ha avuta conoscenza o possibilità) e il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta; la denuncia di Malattia, intervento, Ricovero o prestazione sanitaria, Accertamento diagnostico, Visita specialistica o prestazione fisioterapica o cura dentaria entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione (o se ne ha avuta conoscenza o possibilità).
- In caso di Sinistro per perdita di impiego che riguarda la Garanzia Indennizzo mensile per perdita di impiego, presentare denuncia appena possibile e se richiesto, autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire le informazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni previste.
- Consentire a Generali Italia la visita dei medici inviati Generali Italia e le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo, che devono essere eseguiti in Italia.
- In caso di Infortunio che ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, avvisare immediatamente Generali Italia.
- Attivare Prestazioni e servizi Prevenzione e Assistenza telefonando ai numeri dedicati, tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita dell'Indennizzo e la cessazione delle Garanzie.

Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo per l'Assicurazione Active Protezione può essere pagato in unica soluzione o in più rate. Le rate possono essere mensili (con addebito diretto SDD o su carta di credito), trimestrali (con una maggiorazione del Premio annuo del 3,5%) o semestrali (con una maggiorazione del Premio annuo del 2,5%). Anche se diviso in più rate, il Premio è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.
Il primo Premio o la prima rata di Premio devono essere pagati all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia al rilascio della Polizza; i Premi successivi o le rate di Premio successive alla prima devono essere pagati con le stesse modalità entro il trentesimo giorno dopo quello della scadenza del Premio o della rata di Premio. Il Premio di Polizza è unitario e va quindi pagato con unica disposizione di pagamento per tutte le Garanzie attive.
In caso di attivazione di Garanzie nel corso dell'annualità assicurativa, Il Contraente, come primo Premio dovuto per le nuove Garanzie, paga un'integrazione del Premio annuo di Polizza per la frazione d'anno (Periodo di allineamento) che va dal giorno dell'attivazione delle stesse fino alla scadenza annuale della Garanzia iniziale (Scadenza annuale unica).
Il Premio è comprensivo di imposte e deve essere pagato con:
- bonifico bancario o postale su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto assicurativo dedicato intestato all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- assegno (bancario, postale o circolare) non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- POS o, quando disponibili, altri sistemi di pagamento elettronico (per i pagamenti che avvengono in Agenzia o, per i Premi successivi al Premio di perfezionamento, tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.ito dall'App MyCattolica);
- denaro contante entro il limite per contratto previsto dalla normativa vigente (Premio annuo 750,00 euro);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale se abilitate dai processi di Generali Italia.

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.
In caso di recesso per Sinistro da parte del Contraente o di Generali Italia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Generali Italia rimborsa l'eventuale rateo di Premio pagato e non goduto, escluse le imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione Active Protezione decorre dalla data di attivazione della prima Garanzia (la Garanzia iniziale) e cessa automaticamente decorsi 6 mesi dal giorno della cessazione dell'ultima Garanzia in essere, ferme decorrenza e scadenza di ciascuna Garanzia. Nei 6 mesi successivi alla scadenza dell'ultima Garanzia è quindi possibile attivare nuove Garanzie. Le singole Garanzie di ogni Modulo - compresa la Garanzia iniziale - hanno la durata annuale o pluriennale per ciascuna indicata in Polizza con effetto dalle ore 24 del giorno di attivazione per ciascuna indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento e, se ne è previsto il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, alla scadenza sono prorogate per una durata pari a un anno e così successivamente.
Le Garanzie della Sezione A Vita hanno durata iniziale di 5 anni con tacito rinnovo annuale e Generali Italia si impegna a rinnovarle annualmente per l'intera durata della vita dell'Assicurato.
Per le Garanzie attivate in seguito alla Garanzia Iniziale, il giorno e il mese di scadenza coincidono sempre con il giorno e il mese di scadenza annuale della Garanzia Iniziale; se non sono stipulate nello stesso giorno e mese di durata inferiore all'annualità assicurativa è quindi previsto un primo periodo di durata inferiore all'annualità assicurativa (Periodo di allineamento).
Se il Contraente non paga i Premi, o le rate di Premio, successivi al primo, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e si riattiva alle ore 24 del giorno del pagamento.
Le Garanzie Prevenzione e Assistenza e la Garanzia comune a tutti i Moduli **Pronto Avvocato** sono prestate in abbinamento alle altre Garanzie del Modulo e cessano al cessare di queste.
È previsto un Termine di aspettativa di 30 giorni per Fare Prevenzione Check up, Malattie, aborto spontaneo e terapeutico; **60 giorni** per la Garanzia Invalidità permanente da malattia per tutte le Malattie ad eccezione di ictus e infarto; **120 giorni** per la Garanzia Cure dentarie (nessun termine in caso di cure immediate a seguito di Infortunio); **150 giorni** per le prestazioni connesse alla gravidanza del Pacchetto Family; **180 giorni** per le Malattie che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e Malformazioni presenti prima dell'attivazione della Garanzia, non conosciute e/o non diagnosticate al momento dell'attivazione della stessa o conosciute e dichiarate a Generali Italia e per la Garanzia Indennità giornaliera per perdita d'impiego; **300 giorni** per il parto e per l'elevazione dei sottolimiti previsti per il Ricovero per il parto dal Pacchetto Family.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione Active Protezione non può essere risolta e rimane in vigore fino a quando resta in vigore anche solo una delle Garanzie attivate.
Il Contraente o Generali Italia possono impedire la tacita proroga delle specifiche Garanzie, se prevista, con **comunicazione scritta di disdetta inviata almeno 30 giorni prima della scadenza** indicata in Polizza (o della scadenza dell'annualità per cui l'assicurazione è stata prorogata). **La facoltà di disdetta può essere esercitata nel rispetto delle regole di interdipendenza tra le Garanzie**. Tale facoltà non è prevista per la Garanzia **Pronto Avvocato**. Nel caso di mancata indicazione delle Garanzie oggetto di disdetta, la comunicazione è valida ed efficace per tutte le Garanzie attivate. Valgono comunque i termini di durata previsti per ciascuna Garanzia. Le Garanzie Prevenzione e Assistenza non possono essere oggetto di disdetta in modo autonomo e cessano a seguito di disdetta delle altre Garanzie del Modulo. Le Garanzie Infortuni e Malattia non possono essere oggetto di disdetta singolarmente. Nel caso di sottoscrizione di **Garanzie di durata superiore a 5 anni**, con applicazione della riduzione del Premio prevista per legge per le Garanzie di durata poliennale, il Contraente ha inoltre facoltà di **recedere dopo il termine di 5 anni** con **comunicazione scritta inviata almeno 30 giorni prima della relativa scadenza**. Il recesso ha effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è esercitato. In caso di esercizio, da parte di Generali Italia, della facoltà di modifica delle condizioni di Assicurazione o di Premio al momento del rinnovo, anche tacito, delle Garanzie in scadenza, se il Contraente non accetta le nuove condizioni proposte attraverso il pagamento del Premio entro il termine di 30 giorni dalla scadenza, tali Garanzie cessano alla scadenza originariamente pattuita maggiorata di 30 giorni e l'Assicurazione Active Protezione prosegue per le altre Garanzie.
Nei casi, tassativamente individuati, in cui Generali Italia esercita, per la generalità dei contratti di durata poliennale dello stesso tipo, la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni in corso prima della loro scadenza, il Contraente può recedere dalle Garanzie oggetto di modifica o dall'intera Assicurazione Active Protezione.
Il Contraente ha facoltà di recedere per Sinistro dalle Garanzie attivate dopo ogni denuncia e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, in caso di Sinistro:

- su una delle Garanzie della sezione A Vita, nei primi 2 anni dall'attivazione delle stesse, con effetto per le sole Garanzie della sezione A Vita;
- su una delle Garanzie che non prevedono una copertura malattia, con effetto per tutte le Garanzie del Modulo e possibilità di mantenere le Garanzie della sezione A Vita, se attivate.

Generali Italia ha le stesse facoltà di recesso per Sinistro del Contraente, ma in caso di recesso a seguito di Sinistro su una delle Garanzie che non prevedono coperture malattie, il recesso non ha effetto sulle Garanzie malattie. In questo caso, il Contraente può esercitare il recesso anche da tali Garanzie malattie, dandone comunicazione a Generali Italia entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione della stessa.
Per le Garanzie della Sezione A Vita, in caso di esercizio, da parte di Generali Italia, della facoltà di revisione tecnica del Premio, il Contraente che non intende accettare il nuovo Premio può non rinnovare le Garanzie stesse con comunicazione a Generali Italia. La revisione del Premio è possibile solo ogni 5 anni se si verificano oggettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale o dei dati statistici utilizzati per la determinazione della tariffa.
Non è prevista la facoltà del Contraente o di Generali Italia di recedere per Sinistro che riguarda solo le Garanzie Prevenzione e Assistenza.
In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia può recedere per aggravamento di Rischio, con comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ne ha avuto conoscenza.
Se il contratto è collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla sua conclusione. In tal caso deve inviare richiesta scritta all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.

Assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni, Malattia e Assistenza

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

Prodotto: Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere

data di aggiornamento: 11.07.2026

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di GENERALI ITALIA S.p.A., società appartenente al gruppo Generali con sede legale 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 al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.
Patrimonio netto al 31/12/2025: € 8.716.522.469 di cui risultato economico di periodo € 1.180.954.268. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.
Indice di solvibilità (solvency ratio): 258% (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). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Le Garanzie operano, se riportate in Polizza e se è stato corrisposto il relativo Premio, nei limiti indicati nella sezione "Ci sono limiti di Copertura?" e in ogni caso nel limite delle somme assicurate e Massimali indicati in Polizza.
OPZIONE CON SCONTO DEL PREMIO:
Per le Garanzie **Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Spese mediche per malattia o parto, Alta diagnostica, Visite specialistiche, Cure fisioterapiche per infortunio** è possibile scegliere la Copertura Spese mediche "SOLO IN RETE", in base alla quale le prestazioni devono essere effettuate presso Strutture mediche Convenzionate.

OPZIONI CON AUMENTO DEL PREMIO:
SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA
FARE PREVENZIONE CHECK UP:
Prevede la possibilità di scegliere uno tra i Programmi di prevenzione previsti nelle Condizioni di assicurazione e rivolgersi alla Centrale Operativa per effettuare le visite, gli esami e gli accertamenti relativi, senza alcun costo in caso di ricorso a Strutture mediche Convenzionate con Pagamento diretto da parte di Generali Italia, nei limiti previsti a rimborso.
MIGLIORARE LO STILE DI VITA START: Informazioni per sport in sicurezza; Consulenza nutrizionale; Supporto psicologico; Esecuzione esami e accertamenti al domicilio; Consegna esiti al domicilio; Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio; Consegna spesa al domicilio; Disbrigo pagamento utenze domiciliari.
MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL: Consulenza medica generica; Rientro sanitario e rientro della salma; Rientro degli altri Assicurati; Rientro con compagno di viaggio assicurato; Rientro anticipato; Accompagnamento minori in viaggio; Viaggio di un familiare; Anticipo spese di prima necessità;
Anticipo cauzione penale.
PRENDERSI CURA START: Invio di un medico generico al domicilio; Invio di un medico specialista al domicilio; Invio di un infermiere al domicilio;
Invio di un fisioterapista a domicilio; Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio; Invio di un fisiatra al domicilio; Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni; Trasferimento in istituto di cura specialistico; Rientro dall'istituto di cura; Second Opinion (consulto di alta specializzazione); Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver; Care Manager; Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato; Telemonitoraggio; Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro).
PRENDERSI CURA START - A Vita: Invio di un medico generico al domicilio; Invio di un medico specialista al domicilio; Invio di un infermiere al domicilio; Invio di un fisioterapista a domicilio; Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio; Invio di un fisiatra al domicilio; Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni; Trasferimento in istituto di cura specialistico; Rientro dall'istituto di cura; Care Manager; Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni; Telemonitoraggio; Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro).
PRENDERSI CURA FAMILY: Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano; Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato; Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio familiare anziano; Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato; Telemonitoraggio per familiare anziano o figlio disabile; Supporto scolastico allo studente Assicurato; Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio; Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio; Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo; Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore.
PRENDERSI CURA FAMILY - A Vita: Phone caring familiare anziano (programma di assistenza telefonica); Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato; Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio familiare anziano; Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato; Assistenza domiciliare integrata post ricovero dopo 80 anni; Telemonitoraggio per familiare anziano o figlio disabile; Supporto scolastico allo studente Assicurato; Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio; Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio; Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo; Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore.

OPZIONE CON AUMENTO DEL PREMIO:
SEZIONE IN ATTIVITÀ
Può essere acquistata la Garanzia **Estensione delle cure oncologiche** per ampliare la copertura delle Garanzie della Sezione IN ATTIVITÀ – Cure mediche straordinarie, tra loro alternative: **Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Spese mediche per malattia o parto, Grandi interventi chirurgici.**

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA: **Le Prestazioni non sono dovute** nei casi di seguito indicati.
MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL - Rientro sanitario: la Prestazione non è prevista in caso di infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio; malattie infettive se il trasporto comporta violazione di norme nazionali o internazionali. **Rientro della salma**: la Prestazione non comprende le spese per il recupero della salma e per la cerimonia funebre.

SEZIONE IN ATTIVITÀ
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Per le Garanzie che hanno per oggetto la copertura di spese per prestazioni sanitarie e per le Garanzie che prevedono un Indennizzo forfettario, valgono le seguenti esclusioni specifiche: Sinistri successivi alla data di cessazione della Garanzia, a eccezione delle prestazioni previste dall'Estensione delle cure oncologiche; prestazioni che riguardano la chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità inferiore al secondo grado; interventi di chirurgia plastica a scopo estetico; prestazioni connesse a disturbi alimentari; prestazioni per l'accertamento, l'eliminazione o correzione di difetti della vista; prestazioni legate a disturbi dell'identità sessuale; prestazioni legate al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza o comunque relative alla fecondazione assistita e artificiale; interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza; Ricoveri per stati vegetativi e per lunga degenza, le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno, in residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi, ospizi per anziani, hospice, stabilimenti e centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici, estetici o del benessere; prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali); Ricoveri e Day hospital per soli esami, visite e/o Accertamenti diagnostici o terapie fisiche se possono essere eseguiti per loro natura anche in Ambulatorio; prestazioni a scopo preventivo e relative a chirurgia preventiva e rimozione profilattica, comprese quelle effettuate a seguito di Mutazione genetica; protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonzio, interventi preprotesici e di implantologia, fatto salvo quanto previsto dalla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto per CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO e dalla Garanzia Cure dentarie; spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici; vaccini; prestazioni di psicoterapia e psicoanalisi (salvo quanto previsto per l'Estensione delle cure oncologiche); spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti); prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma abilitante; trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico e tutte le terapie non convenzionali; terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati; infiltrazioni eseguite con prodotto non farmacologico, fattori di crescita e gel piastrinico; spese che non riguardano il Ricovero o l'intervento come telefono, bar, ristorante; prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie italiane; prestazioni in Day service. **Per le Garanzie della Sezione In attività - A Vita valgono le seguenti specifiche esclusioni**: prestazioni necessarie da Malattie pandemiche o epidemiche e loro conseguenze e complicanze; quarantena e forme di isolamento fiduciario o simili; sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative. **Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione:** esclusa Lussazione delle articolazioni che ne hanno già sofferta una in precedenza (Recidiva). **CURE DEL NEONATO - per le Garanzie Spese mediche per infortunio, malattia o parto e Spese mediche per malattia o parto sono esclusi**: gli accertamenti finalizzati a ricercare la causa di malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o test di screening o prescritti a seguito di presunto rischio genetico; l'assistenza neonatologica. **CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO - per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto sono esclusi**: cure da Infortuni accaduti prima dell'attivazione della Garanzia; cure da stati patologici già in essere all'attivazione della Garanzia; prestazioni relative a piani di cura sottoscritti prima dell'attivazione della Garanzia; tutte le prestazioni diverse da cure dentarie ricostruttive e protesi dentarie; sostituzione di protesi dentarie e ricostruzione di elementi dentari già sottoposti a precedenti cure. **ESTENSIONE DELLE CURE ONCOLOGICHE**: sono escluse le terapie oncologiche non chirurgiche non riconosciute e validate dai protocolli delle autorità Internazionali (AIFA in Italia – EMA in Europa – FDA Stati Uniti D'America). **Alta diagnostica**: escluse prestazioni di solo controllo e quelle eseguite durante il Ricovero. **Visite specialistiche:** escluse visite non eseguite da medico specialista, le prestazioni di solo controllo e quelle eseguite durante il Ricovero.

SEZIONE PER OGNI GIORNO
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto: Interventi chirurgici ambulatoriali eseguiti presso centri medici e studi medici chirurgici; Interventi chirurgici ambulatoriali o Day surgery per patologie dentarie, vascolari degli arti inferiori, endoscopie con biopsia, biopsie in genere, infiltrazioni in genere, suture, laserterapie chirurgiche, diatermocoagulazione, crioterapia, ozonoterapia. **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio:** Interventi chirurgi ambulatoriali eseguiti presso centri medici e studi medici chirurgici; **Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia:** Ricovero per parto o connesso allo stato di gravidanza; Intervento chirurgico ambulatoriale per asportazione orzaiolo, cheratosi, verruche, trattamenti dell'acne, follicoliti, dermatiti, eczemi e vitiligine.

SEZIONE DEDICATO A TE
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Indennizzo mensile per perdita d'impiego: sono esclusi i casi di disoccupazione a seguito di Perdita di Impiego se alla data di attivazione della Garanzia, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o di circostanze che ne facevano prevedere la possibilità; la disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti; licenziamento per giusta causa, giustificato motivo; risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a seguito di vertenza che deriva da precedenti contestazioni; pensionamento o prepensionamento; superamento del periodo di conservazione del posto di lavoro previsto dalla legge in caso di malattia (periodo di comporto); la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura del rapporto di lavoro (es. contratto a tempo determinato, stagionale, di inserimento, di apprendistato, di lavoro a progetto); l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà o non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo stato di disoccupato. **Rimborso spese per costi fissi di impresa**: escluse le spese relative all'abitazione di residenza e quelle non connesse all'esercizio dell'attività dichiarata in Polizza. **Estensione alle radiodermiti per radiologi**: non si applica alle Garanzie Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Rendita vitalizia da malattia, Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Spese mediche per malattia o parto, Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia, Grandi interventi chirurgici, Malattie oncologiche, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, Indennizzo forfettario per gravi eventi, Alta diagnostica, Visite specialistiche, Cure fisioterapiche per infortunio, Cure dentarie, Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto, Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia. **Indennizzo forfettario per parkinson/alzheimer/SLA**: escluse le patologie gravi di cui l'Assicurato ha sofferto in passato o che sono state diagnosticate prima dell'attivazione della Garanzia. **Estensione con indennizzo ridotto all'attività sportiva non professionale, Estensione all'attività sportiva non professionale, Estensione all'attività sportiva non professionale per sport pericolosi**: escluse le attività sportive che costituiscono per l'Assicurato attività professionale principale o secondaria; **Estensione all'attività sportiva non professionale per sport pericolosi**: non opera per le Garanzie Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio e Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio. **Estensione sci alpinismo fino al III grado**: esclusi tutti i gradi superiori e tutti gli Infortuni subiti durante la partecipazione a gare o competizioni, organizzate da federazioni o enti sportivi riconosciuti dal CONI. **Parto a domicilio**: non opera l'Indennità sostitutiva prevista per l'evento parto naturale dalla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto/Spese mediche per malattia o parto. **Responsabilità civile del Contraente**: non opera quando gli infortunati sono legale rappresentante, amministratore o socio a responsabilità illimitata della società Contraente, parenti o affini del Contraente o di uno degli altri soggetti esclusi che con questi convive in modo stabile.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

Le Prestazioni di Assistenza possono essere erogate, ciascuna, per un massimo di 3 volte per annualità assicurativa

FARE PREVENZIONE START

Reperimento e invio di un collaboratore familiare: fino a 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. **Invio di un medico**: nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi. **Invio di un'autoambulanza**: entro il limite di 200 Km di percorso massimo complessivo (a/r).

FARE PREVENZIONE CHECK UP

In assenza di Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza, sono previsti i seguenti limiti per le prestazioni effettuate a rimborso presso strutture mediche non convenzionate: Scoperto 25% con il limite di 250,00 euro per **Check up Start,** 400,00 euro per **Check up Top** e 500,00 euro per **Check up Top – A Vita.**

MIGLIORARE LO STILE DI VITA START

Consulenza nutrizionale e Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali). **Consegna spesa al domicilio**: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali), fino a 50,00 euro per Sinistro, i costi dei generi alimentari acquistati sono a carico dell'Assicurato. **Disbrigo pagamento utenze domiciliari**: massimo 10 ore per Sinistro. **Supporto psicologico**: massimo 6 volte con il limite di 1.000,00 euro per annualità assicurativa.

MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL

Rientro degli altri Assicurati e Rientro con compagno di viaggio assicurato: fino a 210,00 euro per rientro dall'Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano; fino a 420,00 euro per rientro dall'estero. **Viaggio di un familiare**: fino a 250,00 euro. **Anticipo spese di prima necessità**: fino a 500,00 euro. **Anticipo cauzione penale**: fino a 5.000,00 euro. **Consulenza medica generica**: nessun limite per annualità assicurativa.

PRENDERSI CURA START

Invio di un medico generico al domicilio: nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi. **Invio di un medico specialista al domicilio**: massimo 1 visita per Sinistro; nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00; sabato e prefestivi dalle ore 14:00 alle ore 24:00; nei giorni festivi 24 ore su 24. **Invio di un infermiere al domicilio**: massimo 15 ore per Sinistro. **Invio di un fisioterapista al domicilio**: massimo 5 sedute per Sinistro. **Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio**: massimo 10 sedute. **Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni**: 300 km complessivi andata e ritorno per autombulanza; fino a 150,00 euro per il taxi. **Rientro dall'istituto di cura**: oltre i 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato. **Care Manager**: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali).

Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato: 5 giorni per Ricovero senza intervento e 10 giorni per Ricovero con intervento.**Telemonitoraggio**: massimo per 15 giorni. **Job Coaching**: durata massima 4 mesi, massimo 6 sessioni della durata di 1 ora ciascuna. **Second opinion**: un parere medico per Assicurato e per annualità assicurativa, previsto per gli Assicurati di età superiore a 15 anni.

Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 (esclusi i festivi), non attivo per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.

PRENDERSI CURA START – A VITA

Valgono gli stessi limiti del PRENDERSI CURA START, fatta eccezione per le seguenti prestazioni. Invio di un infermiere al domicilio: massimo 5 ore per Sinistro. **Invio di un fisiatra al domicilio**: massimo 1 uscita per Sinistro. **Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni**: massimo per 30 giorni.

PRENDERSI CURA FAMILY

Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano: massimo per 30 giorni. **Care Manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato**: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, una sola volta per annualità assicurativa per un solo familiare anziano o figlio disabile. **Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano**: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, una sola volta per annualità assicurativa per un solo familiare anziano. **Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato**: massimo 5 giorni a seguito di Ricovero senza intervento chirurgico e 10 giorni a seguito di Ricovero con intervento chirurgico; giorni continuativi e non frazionabili. **Telemonitoraggio per il familiare anziano o figlio disabile**: massimo per 15 giorni. **Supporto scolastico allo studente assicurato**: massimo 7 ore in 4 settimane dalle ore 09:00 alle ore 18:00 (se la Struttura Organizzativa non può fornire l'insegnante, rimborso spese fino a 300,00 euro). **Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio**: massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. **Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio**: massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. **Supporto psicologico del minore per cyberbullismo**: massimo 6 sedute. **Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore**: massimo 5 trasporti (andata e ritorno). In caso di impossibilità di organizzare il trasporto, rimborso spese fino a un massimo di 50,00 euro per singolo trasporto.

PRENDERSI CURA FAMILY – A VITA

Valgono gli stessi limiti del PRENDERSI CURA FAMILY, fatta eccezione per le seguenti prestazioni. Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato: fino a 80 anni dell'Assicurato. **Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni**: massimo per 30 giorni continuativi e non frazionabili.

SEZIONE IN AUTONOMIA

Invalidità permanente da infortunio*:* Franchigia pattuita in Polizza per ciascun Assicurato. Se le ernie addominali provocate da Infortunio sono operabili, sono corrisposte un'indennità giornaliera da ricovero per intervento chirurgico pari a 1/1000 della somma assicurata con il massimo di 150,00 euro al giorno e un'indennità forfettaria per convalescenza post intervento di 500,00 euro. Se le ernie addominali provocate da Infortunio sono tecnicamente non operabili è pagata un'indennità forfettaria a titolo di Invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata, con la Franchigia prevista in Polizza per l'Invalidità permanente da infortunio. **Invalidità permanente da infortunio – copertura gratuita per figlio minore**: Franchigia 25%. **Invalidità permanente da malattia:** Franchigia 24% o 79%, indicata in Polizza per ciascun Assicurato. **Invalidità permanente da ictus o infarto:** Franchigia 24%. **Pronta liquidazione infortuni:** massimo 40.000,00 euro per Sinistro. **Indennità aggiuntiva per frattura:** importi fissi per tipologia di Frattura, massimo 2.000,00 euro in caso di più Fratture relative a uno stesso Infortunio. **Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione:** importi fissi per tipologia di Lesione, massimo 10.000,00 euro in caso di più Lesioni relative a uno stesso Infortunio. **Rendita vitalizia da infortunio:** in caso di Invalidità permanente da infortunio pari almeno al 66%. **Rendita vitalizia da malattia:** in caso di Invalidità permanente pari almeno all'80%.

SEZIONE IN ATTIVITÀ e IN ATTIVITÀ A VITA

Spese mediche per infortunio, malattia o parto e Spese mediche per malattia o parto: spese per prestazioni effettuate nei 150 giorni dopo il Ricovero o l'Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia e nei 240 giorni dopo il Ricovero per i Trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale o forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche; spese per esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei 100 giorni prima del Ricovero o dell'Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia; spese relative all'utilizzo di tecniche robotiche con il limite di 5.000,00 euro per intervento in caso di rimborso; spese per assistenza infermieristica a domicilio a seguito di Ricovero per Infortunio o Malattia non oncologica sostenute nei 45 giorni dopo il Ricovero, con il limite di Indennizzo di 4.000,00 euro per Ricovero o intervento; nei 60 giorni dopo il Ricovero con il limite di Indennizzo di 6.000,00 euro in caso di Malattia oncologica; spese per il trasporto dell'Assicurato con il limite di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento; spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore con il limite di 150,00 euro al giorno per un periodo non superiore a quello del Ricovero con un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero o intervento; spese di viaggio dell'accompagnatore con il massimo di 2.500,00 euro per Ricovero o intervento; Indennità sostitutiva con il limite di 150,00 euro per ogni giorno di Ricovero, escluso quello di dimissioni (75,00 euro in caso di Intervento chirurgico in regime di Day surgery), per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa; spese relative al Ricovero per parto con il limite di 6.000,00 euro in caso di parto naturale (3.000,00 euro per la Sezione A VITA – formula Top), 8.000,00 euro in caso di parto cesareo (5.000,00 euro per la Sezione A VITA – formula Top). **Se la Copertura spese mediche scelta è "SOLO IN RETE"**, in caso di Ricovero in assistenza diretta ma con equipe medica non convenzionata, per le spese dell'equipe medica Scoperto 20% con il limite di 5.000,00 euro; in caso di Ricovero o Intervento chirurgico per Urgenza sanitaria all'estero, le spese sono indennizzate nell'ambito del Massimale indicato in Polizza, col limite massimo di 60.000,00 euro. **Spese mediche per infortunio, malattia o parto**: per cure dentarie a seguito di Infortunio limite di Indennizzo 2.500,00 euro per Assicurato per annualità assicurativa, in caso di prestazioni effettuate da strutture odontoiatriche non convenzionate Scoperto del 20%. **Spese mediche per infortunio**: spese per prestazioni effettuate nei 180 giorni dopo il ricovero col limite di Indennizzo, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, del 30% del Massimale col massimo di 3.500,00 euro; spese per prestazioni effettuate prima del Ricovero o in assenza di Ricovero nei 120 giorni successivi all'Infortunio, con il limite di Indennizzo, per i Trattamenti fisioterapici e rieducativi, del 20% del Massimale col massimo di 2.500,00 euro; in assenza di Ricovero, Franchigia di 100,00 euro; Indennità sostitutiva con il limite di 50,00 euro per ogni giorno, escluso il giorno di dimissione per un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa; Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate con il limite di 10.000,00 euro. **Spese mediche per infortunio – copertura gratuita per figlio minore**: spese per esami e Accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali nei 90 giorni prima e nei 180 giorni dopo il Ricovero o l'intervento, con il limite di Indennizzo, per Trattamenti fisioterapici e rieducativi, del 20% del Massimale con il massimo di 750,00 euro. **Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia**: spese per prestazioni effettuate nei 60 giorni prima e nei 60 giorni dopo il Ricovero o l'intervento; Scoperto 20% con il minimo di 50,00 euro per ciascun Ricovero o intervento. **Grandi interventi chirurgici**: spese per prestazioni effettuate nei 150 giorni dopo il Ricovero; spese per esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuate nei 100 giorni prima dell'intervento; spese per l'utilizzo di tecniche robotiche con il limite massimo di 5.000,00 euro per intervento in caso di rimborso; spese per l'assistenza infermieristica a domicilio a seguito di Ricovero sostenute nei 45 giorni successivi alla dimissione, con il limite massimo di 4.000,00 euro per intervento; spese per il trasporto dell'Assicurato con il limite massimo di 5.000,00 euro per intervento; spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore con il limite di 150,00 euro al giorno per un periodo non superiore a quello del Ricovero con un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento; spese di viaggio dell'accompagnatore con il massimo di 2.500,00 euro per intervento; Indennità sostitutiva con il limite di 150,00 euro per ogni giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

Malattie oncologiche: spese per prestazioni effettuate nei 150 giorni dopo la data del Ricovero o dell'intervento; spese per esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuate nei 100 giorni prima del Ricovero o dell'intervento; spese per l'utilizzo di tecniche robotiche con il limite di 5.000,00 euro in caso di rimborso; spese per l'assistenza infermieristica a domicilio a seguito di Ricovero sono coperte nei 60 giorni successivi alla dimissione con il limite massimo di 6.000,00 euro per Ricovero o intervento; spese per il trasporto dell'Assicurato con il limite di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento; spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore con il limite di 150,00 euro al giorno per un periodo non superiore a quello del Ricovero e un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero; spese di viaggio dell'accompagnatore con il massimo di 2.500,00 euro per Ricovero o intervento; Indennità sostitutiva con il limite di 150,00 euro per ogni giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa; **Estensione delle cure oncologiche:** vale nei 2 anni successivi alla prima diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna, relative Visite specialistiche, esami di laboratorio, sedute di psicoterapia o psicoanalisi. **Indennizzo forfettario per intervento chirurgico:** in caso di più Interventi chirurgici nella stessa seduta operatoria, è pagato solo l'intervento con classe di intervento di importo maggiore; in caso di più Interventi chirurgici per la stessa Malattia o Infortunio sullo stesso distretto anatomico o organo nella stessa annualità assicurativa, sono pagati il primo e il secondo intervento e quest'ultimo entro il limite del 50% dell'importo previsto in tabella. **Indennizzo forfettario per gravi eventi:** importo fisso indicato in Polizza come prestazione forfettaria. **Alta diagnostica:** Scoperto 25%, non previsto se richiesto il rimborso del ticket pagato al SSN e se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto e **Visite specialistiche:** Scoperto 20% col minimo di 50,00 euro per prestazione, non previsto se richiesto il rimborso del ticket pagato al SSN e se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto. **Cure fisioterapiche per infortunio**: per massimo un anno dalla data dell'Infortunio. **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto**: massimo 360 giorni per annualità assicurativa con il limite di 350,00 euro al giorno e pari al 50% in caso di Day hospital. **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio**: massimo 360 giorni per annualità assicurativa e pari al 50% in caso di Day hospital. **Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio**: massimo 60 giorni e massimo 20 giorni in caso di immobilizzazione delle dita. **Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio**: massimo un anno dalla data dell'infortunio e pari al 50% in caso di incapacità parziale. Franchigia prevista in Polizza a scelta tra Franchigia unica di 10 giorni, che non si applica in caso di Ricovero di almeno tre giorni, e una Franchigia a scaglioni. **Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia**: massimo 150 giorni per uno o più eventi nell'annualità assicurativa e pari al 50% in caso di inabilità parziale. **Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio**: Indennizzo pari a 1/4 della somma assicurata con un massimo di 4 periodi per annualità assicurativa (se l'opzione scelta è 90 giorni) e pari a 1/6 della somma assicurata fino al massimo di 6 periodi per anno assicurativo (se l'opzione scelta è 60 giorni). Se acquistate la Garanzia *Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio* e una delle Garanzie tra loro alternative *Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio* e *Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia*, è pagata la sola indennità più favorevole per l'Assicurato e, se la convalescenza prescritta è di almeno 5 giorni, è prevista un'ulteriore indennità forfettaria pari al 25% dei giorni di immobilizzazione, con il massimo di 10 giorni. Se acquistate la Garanzia *Invalidità permanente da Infortunio* e una delle Garanzie tra loro alternative *Indennità per convalescenza da infortunio o malattia* e *Indennità per convalescenza da infortunio*, queste indennità non si cumulano con l'indennità forfettaria di convalescenza post intervento per ernie addominali da causa violenta è pagata, tra le due, solo l'indennità più favorevole per l'Assicurato.

SEZIONE DEDICATO A TE

Rimborso spese per costi fissi d'impresa: limite di Indennizzo per le spese di esercizio di 5.000,00 euro per singolo Infortunio. **Estensione alle radiodermiti per radiologi**: Franchigia 20% per l'Invalidità permanente e limite massimo di 180 giorni per Indennizzo per Inabilità temporanea da infortunio. **Responsabilità civile del Contraente**: importo pari a quello della somma accantonata e liquidata in base all'assicurazione infortuni, con il limite massimo di 250.000,00 euro nel caso di un singolo infortunato e 1.000.000,00 euro nel caso di più Assicurati infortunati nello stesso evento. **Pacchetto Family**: massimo 1.500,00 euro per annualità assicurativa. **Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto/studio a seguito di grave infortunio**: per abitazione e studio massimo 50.000,00 euro, per autovettura massimo 10.000,00 euro. **Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo dei locali dell'attività**: al verificarsi dell'evento la Garanzia cessa. **Estensione alle malattie tropicali**: estensione Garanzia Invalidità permanente da infortunio con Franchigia del 15%. **Rimborso spese per adeguamento abitazione e auto a seguito di infortunio**: per abitazione massimo 50.000,00 euro, per autovettura massimo 10.000,00 euro. **Indennizzo forfettario per perdita anno scolastico**: 3.000,00 euro. **Indennizzo aggiuntivo per stato di coma**: 10.000,00 euro. **Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca**: 4.000,00 euro. **Indennizzo forfettario per parkinson/alzheimer/SLA**: 5.000,00 euro. **Salvaguardia piani di investimento**:

premio unico della polizza vita stipulata in favore dell'Assicurato non può superare 100.000,00 euro per infortunio. **Maggiorazione per reinvestimento dell'indennizzo invalidità permanente da grave infortunio**: non può superare 15.000,00 euro per infortunio. **Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo casa**: non può superare 50.000,00 euro.

A chi è rivolto questo prodotto?

Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere è rivolto alle persone fisiche e ai loro nuclei familiari per la protezione della persona in caso di Infortunio o Malattie. Il Contraente può anche essere un'impresa o un ente ma l'Assicurato è sempre una persona fisica identificata. Il Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere si rivolge ai soggetti che hanno espresso:

- il bisogno di copertura relativo a Cura della persona (Garanzie In autonomia, In attività e In continuità) e all'Assistenza e soccorso (Garanzie Prevenzione e Assistenza, Garanzia Pronto Avvocato);
- il bisogno di copertura relativo a Cura della persona (Garanzie In autonomia, In attività e In continuità) e all'Assistenza e soccorso (Garanzie Prevenzione e Assistenza, Garanzia Pronto Avvocato) e il bisogno di copertura relativo alla Protezione del patrimonio (Garanzie accessorie all'Invalidità permanente da infortunio per perdita d'impiego e Rimborso spese per costi fissi d'impresa);
- esclusivamente il bisogno di copertura relativo a Cura della persona (Garanzie In attività, In autonomia e In continuità), se la polizza è di durata temporanea inferiore all'anno;
- il bisogno di copertura relativo a Cura della persona (Garanzie In autonomia, In attività e In continuità) e alla Protezione del patrimonio (Garanzie accessorie all'Invalidità permanente da infortunio per perdita d'impiego e Rimborso spese per costi fissi d'impresa), se la polizza è di durata temporanea inferiore all'anno.

Quali costi devo sostenere?

Il Modulo prevede costi medi di intermediazione del 22,30% del Premio imponibile pagato dal Contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata a Generali Italia S.p.A. – Customer Advocacy e Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187; • Tramite il sito internet della Compagnia www.cattolica.it, nella sezione Reclami; • Tramite mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Customer Advocacy e Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per massimo 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento di Agenti, loro dipendenti e collaboratori.
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. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è disponibile sul sito www.ivass.it alla sezione "Per i consumatori - Reclami".

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

Arbitro Assicurativo	È obbligatorio ricorrere all'Arbitro Assicurativo previsto dalla legge come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria, in alternativa alla Mediazione. Il ricorso va presentato tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È obbligatorio ricorrere alla Mediazione prevista dalla legge come condizione di procedibilità per le controversie sui contratti di assicurazione. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC generali_mediazione@pec.generaligroup.com o presso la sede legale di Generali. È 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).
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato a Generali Italia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	È possibile attivare: - perizia contrattuale per le controversie di natura medica. Le parti nominano un perito ciascuna e l'accordo è vincolante. L'istanza di attivazione deve essere inviata all'indirizzo PEC: cattolica@pec.generaligroup.com o tramite Raccomandata presso la sede legale di Generali Italia. - procedura FIN-NET per la risoluzione delle liti transfrontaliere. È possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione europea o https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).

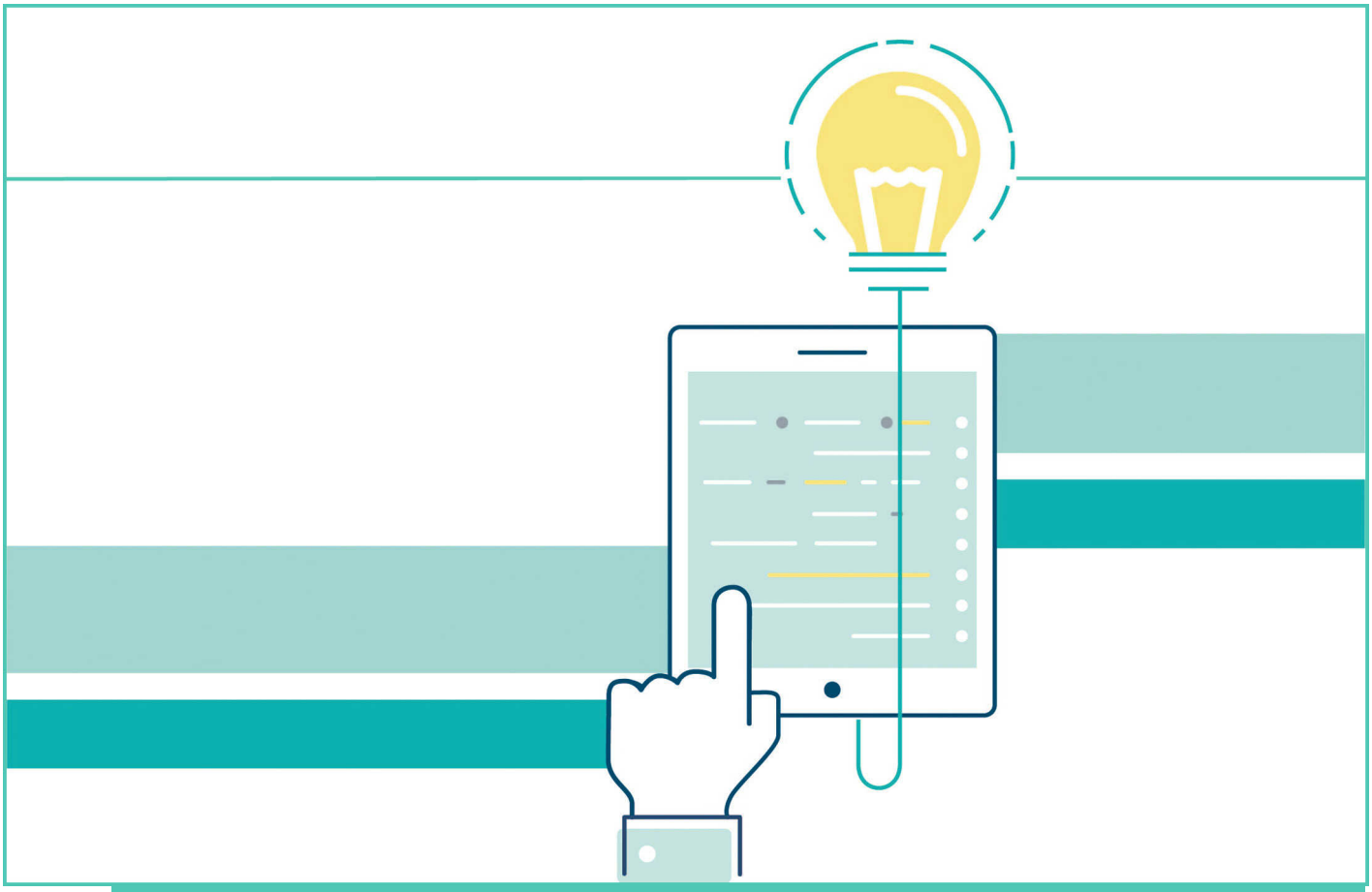
REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	L'imposta dovuta sul Premio imponibile è: 10% per le **Garanzie Assistenza**; 2,5% per le **Garanzie Infortuni e Malattia**; 4,38 se alle **Garanzie Infortuni** si aggiunge la **Garanzia Responsabilità civile del Contraente** e 21,25% per la **Garanzia Pronto Avvocato.** I Premi delle Garanzie che coprono il rischio di morte o di Invalidità permanente non inferiore al 5% sono detraibili ai fini dell'imposta sui redditi ai sensi della vigente normativa fiscale. Le somme dovute da Generali Italia per la Garanzia Rendita vitaliza da Infortunio è soggetta alle ritenute fiscali previste dalla normativa vigente.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il **cliente** è stato **precedentemente affetto da patologie oncologiche** - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto** a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. **Il termine è ridotto da dieci a cinque anni**, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le **patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi**, sono previsti **termini inferiori, indicati nella Tabella**, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o per la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 CON LE SEGUENTI FUNZIONALITÀ: VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI E LE GARANZIE ACQUISTATE; VISUALIZZARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; PAGARE I PREMI DI POLIZZA SUCCESSIVI AL PREMIO DI PERFEZIONAMENTO; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY; SEGNALARE UN SINISTRO; CONTATTARE LA CENTRALE OPERATIVA PER ACCEDERE ALLA RETE CONVENZIONATA PER ATTIVARE LA FORMA DIRETTA OVE PREVISTA; VISUALIZZARE I RIFERIMENTI DELLA PROPRIA CARD E ATTIVARE IL SERVIZIO DI CONSULTO REMOTO H24; SEGUIRE LO STATO DELLA PRATICA (TRACKING); SCARICARE UN DOCUMENTO RIASSUNTIVO DEI RIMBORSI RICEVUTI AI FINI FISCALI; SCARICARE UN DOCUMENTO CON LA DICHIARAZIONE DI COPERTURA PER VIAGGI ALL'ESTERO.



MODULO SALUTE E BENESSERE - Benessere PAG.

PRESENTAZIONE MODULO 1

CONDIZIONI SPECIFICHE - DEFINIZIONI 11

DEFINIZIONI SPECIFICHE - Prevenzione e Assistenza benessere 11

DEFINIZIONI SPECIFICHE - Benessere 11

CONDIZIONI SPECIFICHE - Prevenzione e Assistenza Benessere 17

FARE PREVENZIONE START 17

Che cosa è assicurato? 17

Art. 1.1 Consulenza medica generica 17

Art. 1.2 Consulenza medica specialistica 17

Art. 1.2.1 Consulenza neurologica 17

Art. 1.2.2 Consulenza post infortunio sportivo 17

Art. 1.2.3 Consulenza ortopedica 17

Art. 1.2.4 Consulenza geriatrica 17

Art. 1.2.5 Consulenza cardiologica 17

Art. 1.2.6 Consulenza ginecologica 18

Art. 1.2.7 Consulenza pediatrica 18

Art. 1.3 Guida sanitaria telefonica 18

Art. 1.4 Reperimento e invio di un collaboratore familiare 18
Art. 1.5 Invio di un medico 18
Art. 1.6 Invio di un'autoambulanza 19
Art. 1.7 Servizio di consulto remoto h24 19
Art. 1.8 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate 19
Art. 1.9 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate 20
Che cosa NON è assicurato? 20
Art. 2.1 Esclusioni 20
Ci sono limiti di copertura? 20
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 20
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 20
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 20
Dove vale la copertura? 21
Art. 4.1 Validità territoriale 21
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 21
Che obblighi ho? 21
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 21
FARE PREVENZIONE CHECK UP 23
Che cosa è assicurato? 23
Art. 1.1 Check up Start 23
24
Art. 1.2.1 Prevenzione dentaria 27
Ci sono limiti di copertura? 27
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 27
Quando comincia la copertura e quando finisce? 28
Art. 2.1 Tempi di fruizione dei Check Up 28
Art. 2.1.1 Tempi di fruizione del programma di prevenzione dentaria 28
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 28
Che obblighi ho? 28
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare i Check up 28
Art. 1.2 Come attivare il programma di prevenzione dentaria 29
Art. 1.3 Modalità di fruizione dei Check up 29
Art. 1.3.1. Modalità di fruizione del programma di prevenzione dentaria 29
MIGLIORARE LO STILE DI VITA START 31
Che cosa è assicurato? 31

Art. 1.1 Informazioni per sport in sicurezza 31
Art. 1.2 Consulenza nutrizionale 31
Art. 1.3 Supporto psicologico 31
Art. 1.4 Esecuzione esami e accertamenti al domicilio 31
Art. 1.5 Consegna esiti al domicilio 31
Art. 1.6 Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio 32
Art. 1.7 Consegna spesa al domicilio 32
Art. 1.8 Disbrigo pagamento utenze domiciliari 32
Che cosa NON è assicurato? 32
Art. 2.1 Esclusioni 32
Ci sono limiti di copertura? 33
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 33
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 33
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 33
Dove vale la copertura? 33
Art. 4.1 Validità territoriale 33
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 33
Che obblighi ho? 34
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 34
MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL 35
Che cosa è assicurato? 35
Art. 1.1 Consulenza medica generica 35
Art. 1.2 Rientro sanitario e rientro della salma 35
Art. 1.3 Rientro degli altri Assicurati 35
Art. 1.4 Rientro con compagno di viaggio assicurato 36
Art. 1.5 Rientro anticipato 36
Art. 1.6 Accompagnamento minori in viaggio 36
Art. 1.7 Viaggio di un familiare 37
Art. 1.8 Anticipo spese di prima necessità 37
Art. 1.9 Anticipo cauzione penale 37
Che cosa NON è assicurato? 38
Art. 2.1 Esclusioni 38
Ci sono limiti di copertura? 38
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 38
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 38
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 38
Dove vale la copertura? 39

Art. 4.1 Validità territoriale 39
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 39
Che obblighi ho? 39
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 39
PRENDERSI CURA START 40
Che cosa è assicurato? 40
Art. 1.1 Invio personale sanitario al domicilio 40
Art. 1.1.1 Invio di un medico generico al domicilio 40
Art. 1.1.2 Invio di un medico specialista al domicilio 40
Art. 1.1.3 Invio di un infermiere al domicilio 40
Art. 1.1.4 Invio di un fisioterapista al domicilio 40
Art. 1.1.5 Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio 40
Art. 1.1.6 Invio di un fisiatra al domicilio 41
Art. 1.2 Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni 41
Art. 1.3 Trasferimento in istituto di cura specialistico 41
Art. 1.4 Rientro dall'istituto di cura 41
Art. 1.5 Second Opinion (consulto di alta specializzazione) 41
Art. 1.6 Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver) 42
Art. 1.7 Care manager (consulente sociosanitario) 42
Art. 1.8 Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato 42
Art. 1.9 Telemonitoraggio 43
Art. 1.10 Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro) 43
Che cosa NON è assicurato? 44
Art. 2.1 Esclusioni 44
Ci sono limiti di copertura? 44
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 44
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 44
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 44
Dove vale la copertura? 45
Art. 4.1 Validità territoriale 45
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 45
Che obblighi ho? 45
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 45
PRENDERSI CURA START - A VITA 40
Che cosa è assicurato? 47
Art. 1.1 Invio personale sanitario al domicilio 47
Art. 1.1.1 Invio di un medico generico al domicilio 47

Art. 1.1.2 Invio di un medico specialista al domicilio 47
Art. 1.1.3 Invio di un infermiere al domicilio 47
Art. 1.1.4 Invio di un fisioterapista al domicilio 47
Art. 1.1.5 Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio 47
Art. 1.1.6 Invio di un fisiatra al domicilio 48
Art. 1.2 Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni 48
Art. 1.3 Trasferimento in istituto di cura specialistico 48
Art. 1.4 Rientro dall'istituto di cura 48
Art. 1.5 Care manager (consulente sociosanitario) 48
Art. 1.6 Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni 49
Art. 1.7 Telemonitoraggio 49
Art. 1.8 Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro) 50
Che cosa NON è assicurato? 50
Art. 2.1 Esclusioni 50
Ci sono limiti di copertura? 50
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 50
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 51
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 51
Dove vale la copertura? 51
Art. 4.1 Validità territoriale 51
Quando e come devo pagare? 52
Art. 5.1 Adeguamento del premio in funzione dell'età dell'Assicurato 52
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 52
Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa 52
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 52
PRENDERSI CURA FAMILY 53
Che cosa è assicurato? 53
Art. 1.1 Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano 53
Art. 1.2 Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato 53
Art. 1.3 Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano 53
Art. 1.4 Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato 54
Art. 1.5 Telemonitoraggio per il familiare anziano o il figlio disabile 54
Art. 1.6 Supporto scolastico allo studente assicurato 54
Art. 1.7 Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio 55
Art. 1.8 Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio 55
Art. 1.9 Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo 55

Art. 1.10 Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore 55
Che cosa NON è assicurato? 56
Art. 2.1 Esclusioni 56
Ci sono limiti di copertura? 56
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 56
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 56
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 56
Dove vale la copertura? 57
Art. 4.1 Validità territoriale 51
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 57
Che obblighi ho? 57
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 57
PRENDERSI CURA FAMILY - A VITA 58
Che cosa è assicurato? 58
Art. 1.1 Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano 58
Art. 1.2 Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato 58
Art. 1.3 Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano 58
Art. 1.4 Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato 59
Art. 1.5 Assistenza domiciliare integrata post ricovero dopo 80 anni 59
Art. 1.6 Telemonitoraggio per il familiare anziano o il figlio disabile 60
Art. 1.7 Supporto scolastico allo studente assicurato 60
Art. 1.8 Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio 60
Art. 1.9 Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio 60
Art. 1.10 Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo 61
Art. 1.11 Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore 61
Che cosa NON è assicurato? 61
Art. 2.1 Esclusioni 61
Ci sono limiti di copertura? 61
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 61
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 61
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 62
Dove vale la copertura? 62
Art. 4.1 Validità territoriale 62
Quando e come devo pagare? 63
Art. 5.1 Adeguamento del premio in funzione dell'età dell'Assicurato 63

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 63
Che obblighi ho? 63
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 63
CONDIZIONI SPECIFICHE BENESSERE 64
Che cosa è assicurato? 64
Art. 1.1 Oggetto dell’assicurazione 64
Art. 1.2 Assicurazione infortuni 64
Art. 1.3 Assicurazione malattie 65
IN AUTONOMIA 66
IL CAPITALE 66
Che cosa è assicurato? Garanzia base 66
Art. 2.1 Invalidità permanente da infortunio 66
Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie 66
Art. 2.2 Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore 68
Art. 2.3 Invalidità permanente da malattia 70
Art. 2.4 Invalidità permanente da ictus o infarto 71
Art. 2.5 Pronta liquidazione infortuni 72
Art. 2.6 Indennità aggiuntiva per frattura 75
Art. 2.7 Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione 76
Ci sono limiti di copertura? 77
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 77
LA RENDITA 78
Che cosa è assicurato? 78
Art. 2.8 Rendita vitalizia da infortunio 78
Art. 2.9 Rendita vitalizia da malattia 80
Ci sono limiti di copertura? 80
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 80
IN ATTIVITÀ 81
CURE MEDICHE STRAORDINARIE 81
Che cosa è assicurato? 81
Art. 3.1 Spese mediche per infortunio, malattia o parto 81
Art. 3.1.1 Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche 88
Art. 3.2 Spese mediche per malattia o parto 90
Art. 3.2.1 Garanzia Spese mediche per malattia o parto – Estensione delle cure oncologiche 97
Art. 3.3 Spese mediche per infortunio 99
Art. 3.4 Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore 101

Art. 3.5 Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia 102
Art. 3.6 Grandi interventi chirurgici 104
Art. 3.6.1 Garanzia Grandi interventi chirurgici – Estensione delle cure oncologiche 106
Art. 3.7 Malattie oncologiche 107
Art. 3.8 Indennizzo forfettario per intervento chirurgico 111
Art. 3.9 Indennizzo forfettario per gravi eventi 112
Ci sono limiti di copertura? 113
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 113
CURE, ACCERTAMENTI E VISITE 116
Che cosa è assicurato? 116
Art. 3.10 Alta diagnostica 116
Art. 3.11 Visite specialistiche 118
Art. 3.12 Cure fisioterapiche per infortunio 120
Art. 3.13 Cure dentarie 121
Ci sono limiti di copertura? 122
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 122
PER OGNI GIORNO 123
Che cosa è assicurato? 123
Art. 3.14 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto 123
Art. 3.15 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia 125
Art. 3.16 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio 126
Art. 3.17 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio 126
Art. 3.18 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio 126
Art. 3.19 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio 127
Art. 3.20 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia 128
Art. 3.21 Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio 130
Ci sono limiti di copertura? 130
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 130
A VITA 132
Che cosa è assicurato? 132
A VITA - BASIC 132
Art. 4.1 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia 132
Art. 4.2 Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia 134
Art. 4.3 Indennizzo forfettario per gravi eventi 135
A VITA COMFORT 137
Art. 4.1 Grandi interventi chirurgici 137
Art. 4.2 Malattie oncologiche 139
Art. 4.3 Alta diagnostica 142
A VITA - TOP 144

Art. 4.1 Spese mediche per infortunio, malattia o parto 144
Art. 4.2 Visite specialistiche 148
Art. 4.3 Alta diagnostica 149
Ci sono limiti di copertura? 151
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 151
IN CONTINUITÀ 154
PER I TUOI CARI 154
Che cosa è assicurato? 154
Art. 5.1 Morte da infortunio 154
DEDICATO A TE 155
Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie 155
SPECIALE PROFESSIONE 155
Art. 6.1 Indennizzo mensile per perdita d'impiego 155
Art. 6.2 Rimborso spese per costi fissi d’impresa 156
Art. 6.3 Estensione alle radiodermiti per radiologi 156
Art. 6.4 Responsabilità civile del Contraente 157
Art. 6.5 Rimborso spese per adeguamento abitazione/studio/auto a seguito di infortunio 158
Art. 6.6 Maggiorazione indennizzo per infortunio da atto criminoso 158
Art. 6.7 Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo dei locali dell'attività 159
SPECIALE VIAGGIO E TEMPO E LIBERO 159
Art. 6.8 Estensione alle malattie tropicali 159
Art. 6.9 Maggiorazione indennizzo per infortuni motociclistici, ciclistici, sciistici, velici 159
SPECIALE FAMIGLIA 160
Art. 6.10 Pacchetto Family 160
Art. 6.11 Rimborso spese per adeguamento abitazione e auto a seguito di infortunio 161
Art. 6.12 Indennizzo forfettario per perdita anno scolastico 161
Art. 6.13 Maggiorazione indennizzo per ricovero contemporaneo dei genitori 161
Art. 6.14 Indennizzo aggiuntivo per stato di coma 162
Art. 6.15 Maggiorazione indennizzo per decesso 162
Art. 6.16 Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca 162
Art. 6.17 Indennizzo forfettario per parkinson/alzheimer/SLA 162
PIÙ ACTIVE 163
Art. 6.18 Salvaguardia piani di investimento 163
Art. 6.19 Maggiorazione per reinvestimento dell’indennizzo invalidità permanente da grave infortunio 164
Art. 6.20 “Bonus” fedeltà in assenza di sinistri 164
Art. 6.21 Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo casa 164
Ci sono limiti di copertura? 164
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 164
CONDIZIONI SPECIFICHE NORME COMUNI BENESSERE 166

 **Che cosa NON è assicurato?** 166

Art. 7.1 Persone non assicurabili 166

Art. 7.2 Esclusioni infortuni 166

Art. 7.3 Esclusioni malattie 167

 **Dove vale la copertura?** 168

Art. 8.1 Dove operano le Garanzie 168

Con quali condizioni operative assicuriamo? 168

Art. 9.1 Copertura gratuita del minore di 10 anni 168

CONDIZIONI OPERATIVE PER GLI INFORTUNI 168

Art. 9.2 Operatività dell'assicurazione infortuni 168

Art. 9.3 Criteri di indennizzabilità 169

CODICI ATTIVITÀ PROFESSIONALI 171

CONDIZIONI OPERATIVE PER LE MALATTIE 174

Art. 10.1 Copertura spese mediche 174

 **Che obblighi ho?**
Quali obblighi ha l'impresa 175

Art. 11.1 Questionario medico - Dichiarazioni del Contraente o Assicurato 175

Art. 11.2 Indice di massa corporea 175

Art. 11.3 Dichiarazione di non fumatore 176

Art. 11.4 Variazione della residenza 176

 **Quando e come devo pagare?** 176

Art. 12.1 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali 176

Art. 12.2 Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato 177

Art. 12.3 Indicizzazione 178

Art. 12.4 Revisione tecnica del premio per la sezione A Vita: rivedibilità della tariffa 179

 **Quando comincia la copertura e quando finisce?** 179

Art. 13.1 Durata delle Garanzie attivate 179

Art. 13.2 Attivazione e disattivazione delle Garanzie 179

Art. 13.3 Termini di aspettativa 180

Art. 13.4 Facoltà da parte di Generali Italia di non rinnovare la Sezione A Vita 182

 **Come posso disdire le Garanzie?** 182

Art. 14.1 Proroga delle Garanzie attivate 182

Art. 14.2 Facoltà del Contraente di non rinnovare la sezione A Vita in caso di revisione tecnica del premio 183

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 184

 **Che obblighi ho?**
Quali obblighi ha l'impresa 184

Art. 1.1 Evento e determinazione dell'annualità assicurativa di competenza del sinistro 184

Art. 1.2 Denuncia dell'infortunio 185

Art. 1.3 Denuncia della malattia 185
Art. 1.4 Denuncia del ricovero o dell'intervento chirurgico e di prestazioni sanitarie extra ricovero 185
Art. 1.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro 185
Art. 1.6 Pagamento dell'indennizzo 185
Art. 1.7 Richiesta di rimborso 186
Art. 1.8 Denuncia on line 186
Art. 1.9 Assistenza diretta - modalità di attivazione 187
Art. 1.10 Pagamento misto 188
Art. 1.11 Accesso alle tariffe convenzionate 189
Art. 1.12 Dental Network 189
Art. 1.13 Anticipo indennizzo 189
Art. 1.14 Controversie – Perizia contrattuale 190
Art. 1.15 Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato 191
Come posso disdire le Garanzie? 191
Art. 2.1 Recesso in caso di sinistro 191
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 193
ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI 199

PRESENTAZIONE MODULO

Il **Modulo SALUTE E BENESSERE – Benessere** è parte integrante del contratto di assicurazione Active Protezione e contiene le Condizioni Specifiche delle seguenti Garanzie:

- PREVENZIONE E ASSISTENZA BENESSERE
  Per un supporto dell'Assicurato in situazioni di difficoltà sono disponibili diverse soluzioni di Servizi e Prestazioni.
- BENESSERE
  - In autonomia: per proteggere l'Assicurato con un'indennità o una rendita in caso di Invalidità permanente da Infortunio o Malattia.
  - In attività: per proteggere l'Assicurato in caso di spese mediche conseguenti a Infortunio o Malattia.
  - In continuità: per i tuoi cari, per garantire in caso di prematura scomparsa dell'Assicurato a seguito di Infortunio la continuità dei progetti di vita, con un capitale ai Beneficiari.
  - Dedicato a te: adattare le coperture in base alle specifiche esigenze di protezione della persona.

Le Condizioni Specifiche si compongono a loro volta di:

- Definizioni;
- norme delle singole Garanzie attivate, che contengono la disciplina specifica di tali Garanzie;
- Norme Comuni, che contengono la disciplina comune a tutte le Garanzie attivate.

Funzionamento

Le Garanzie previste dalla formula Benessere del Modulo SALUTE E BENESSERE sono attivabili nel rispetto delle regole illustrate nella tabella sottostante.
Le Garanzie Prevenzione e Assistenza sono prestate in abbinamento alle Garanzie Infortuni e Malattie, insieme alla Garanzia *Pronto Avvocato*, che è comune a tutti i Moduli del prodotto Active Protezione ed è quindi disciplinata nella sezione NORME COMUNI DEL PRODOTTO.

La disattivazione delle Garanzie Infortuni e Malattie comporta anche la contestuale cessazione delle Garanzie Prevenzione e Assistenza a esse connessa e, in assenza di altri Moduli, determina la cessazione anche della Garanzia *Pronto Avvocato*.
Le Garanzie operano se riportate in Polizza nella specifica sezione ed è stato corrisposto il relativo Premio.

TABELLA DELLE GARANZIE

Garanzia base	Garanzia principale che può essere attivata da sola
Garanzia accessoria	Garanzia che può essere attivata solo con una Garanzia base
Garanzia Prevenzione e Assistenza base	Garanzia principale Prevenzione e Assistenza che può essere attivata solo in abbinamento a Garanzie Infortuni e Malattie
Garanzia Pronto Avvocato	Il servizio assicurativo attivo con ogni Modulo
Condizioni di attivazione	Regole per poter attivare Garanzie base e Garanzie accessorie

GARANZIE BASE	GARANZIE ACCESSORIE	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE
IN AUTONOMIA		
IL CAPITALE		
Invalidità permanente da infortunio		
	Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore	Opera per i figli minori di 10 anni se il genitore ha attivato la Garanzia Invalidità permanente da infortunio
	Invalidità permanente da malattia	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Invalidità permanente da malattia – indennizzo forfettario	Attivabile con Invalidità permanente da malattia
	Invalidità permanente da ictus o infarto	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio

	Pronta liquidazione infortuni	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio Alternativa a: • Indennità aggiuntiva per frattura • Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione
	Indennità aggiuntiva per frattura	Attivabile con almeno una tra: • Invalidità permanente da infortunio • Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ) Alternativa a: • Pronta liquidazione infortuni • Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione
	Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione	Attivabile con almeno una tra: • Invalidità permanente da infortunio • Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ) Alternativa a: • Pronta liquidazione infortuni • Indennità aggiuntiva per frattura
	LA RENDITA	
	Rendita vitalizia da infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
	Rendita vitalizia da malattia	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio
IN ATTIVITÀ		
CURE MEDICHE STRAORDINARIE		
Spese mediche per infortunio, malattia o parto		Alternativa a - Spese mediche per malattia o parto - Spese mediche per infortunio - Grandi interventi chirurgici - Malattie oncologiche - Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia - formule A Vita
Spese mediche per malattia o parto		Alternativa a - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per infortunio - Grandi interventi chirurgici - Malattie oncologiche - Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia - formule A Vita
	Spese mediche per infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) Alternativa a: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per malattia o parto
	Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore	Opera per i figli minori di 10 anni se i genitori hanno attivato la Garanzia Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia		Alternativa a: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per malattia o parto - formule A Vita

Grandi interventi chirurgici		Alternativa a: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per malattia o parto - formule A Vita
Malattie oncologiche		Alternativa a: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per malattia o parto - formule A Vita
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico		
	Indennizzo forfettario per gravi eventi	Attivabile con una tra: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per malattia o parto - Grandi interventi chirurgici - Malattie oncologiche - Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia + Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto Alternativa alle formule A Vita
	CURE ACCERTAMENTI E VISITE	
	Alta diagnostica	Se massimale > di 2.500,00 euro, obbligatorio abbinamento con Check up Top o Check up Start (Modulo PREVENZIONE E ASSISTENZA) Attivabile con almeno una tra: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Spese mediche per malattia o parto - Grandi interventi chirurgici - Malattie oncologiche - Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto (per l'abbinamento con il Check up Top è richiesta una diaria minima di 100,00 euro) - Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA - per l'abbinamento con il Check up Top è richiesta una somma assicurata minima di 50.000,00 euro) - Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ - per l'abbinamento con il Check up Top è richiesta una somma assicurata minima di 100.000,00 euro) Alternativa alle formule A Vita
	Visite specialistiche	Attivabile con almeno una tra: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto (con somma assicurata minima 100.000,00 euro) - Spese mediche per malattia o parto (con somma assicurata minima 100.000,00 euro) - Malattie oncologiche Alternativa alle formule A Vita
	Cure fisioterapiche per infortunio	Attivabile con Spese mediche per infortunio, malattia o parto Alternativa alle formule A Vita

	Cure dentarie	Attivabile con almeno una tra: - Spese mediche per infortunio, malattia o parto (con somma assicurata. minima 100.000,00 euro e durata non inferiore a 3 anni) - Spese mediche per malattia o parto (con somma assicurata. minima 100.000,00 euro e durata non inferiore a 3 anni) - + Alta diagnostica con Check up Top (Modulo PREVENZIONE E ASSISTENZA) e se età dell'Assicurato non superiore a 65 anni Alternativa alle formule A Vita
PER OGNI GIORNO		
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto		Alternativa a: - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio - formule A Vita
	Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia	Attivabile con Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio		Alternativa a: - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto - formule A Vita
	Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio	Attivabile con Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
	Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio	Attivabile con almeno una tra: - Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio - Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ) Alternativa a Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
	Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) Alternativa a: - Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio - Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio
	Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia	Attivabile se l'Assicurato è lavoratore autonomo con Spese mediche per infortunio, malattia o parto (con somma assicurata minima 100.000,00 euro) Alternativa alle formule A Vita
	Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) Alternativa a Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
A VITA		

Formula A Vita Basic: • Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia • Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia • Indennizzo forfettario per gravi eventi		Obbligatorio l'abbinamento con Check up Top - A Vita (Modulo PREVENZIONE E ASSISTENZA) Alternativa a: - formule A Vita Comfort e A Vita Top - le Garanzie delle sezioni: • CURE MEDICHE STRAORDINARIE a eccezione di Spese mediche per infortunio e Indennizzo forfettario per intervento chirurgico • CURE ACCERTAMENTI E VISITE • PER OGNI GIORNO a eccezione di Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio e Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio.
Formula A Vita Comfort: • Grandi interventi chirurgici • Malattie oncologiche • Alta diagnostica		Obbligatorio l'abbinamento con Check up Top - A Vita (Modulo PREVENZIONE E ASSISTENZA) Alternativa a: - formule A Vita Basic e A Vita Top - le Garanzie delle sezioni: • CURE MEDICHE STRAORDINARIE a eccezione di Spese mediche per infortunio e Indennizzo forfettario per intervento chirurgico • CURE ACCERTAMENTI E VISITE • PER OGNI GIORNO a eccezione di Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio e Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio
Formula A Vita Top: • Spese mediche per infortunio, malattia o parto • Visite specialistiche • Alta diagnostica		Obbligatorio l'abbinamento con Check up Top -A vita (Modulo PREVENZIONE E ASSISTENZA) Alternativa a: - formule A Vita Basic e A Vita Comfort - le Garanzie delle sezioni: • CURE MEDICHE STRAORDINARIE a eccezione di Spese mediche per infortunio e Indennizzo forfettario per intervento chirurgico • CURE ACCERTAMENTI E VISITE • PER OGNI GIORNO a eccezione di Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio e Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio
IN CONTINUITÀ PER I TUOI CARI		
Morte da infortunio con somma assicurata fino a 500.000,00 euro		
	Morte da infortunio con somma assicurata superiore a 500.000,00 euro	Attivabile con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	DEDICATO A TE	

	SPECIALE PROFESSIONE	
	Indennizzo mensile per perdita d'impiego	Attivabile se la professione dell'Assicurato è Dirigente, impiegato, operaio - settore privato con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Rimborso spese per costi fissi d'impresa	Attivabile se - l'Assicurato è lavoratore autonomo - l'ambito di protezione rischio infortuni è h24 con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Estensione alle radiodermiti per radiologi	Attivata in automatico se - la professione dell'Assicurato è Medico radiologo - l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con almeno una tra: - Invalidità permanente da infortunio - Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
	Responsabilità civile del Contraente	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è h24 o professionale con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto/studio a seguito di infortunio	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Maggiorazione indennizzo per infortunio da atto criminoso	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con almeno una tra: - Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) - Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ)
	Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo dei locali dell'attività	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	SPECIALE VIAGGIO E TEMPO LIBERO	
	Estensione alle malattie tropicali	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Maggiorazione indennizzo per infortuni motociclistici, ciclistici, sciistici, velici	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è h24 con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) con somma assicurata non superiore a 800.000,00 euro
	SPECIALE FAMIGLIA	
	Pacchetto Family	Attivabile con: • Spese mediche per infortunio, malattia o parto (con somma assicurata. minima 250.000,00 euro e durata non inferiore a 3 anni) • Spese mediche per malattia o parto (con somma assicurata. minima 250.000,00 euro e durata non inferiore a 3 anni) (IN ATTIVITÀ)

	Rimborso spese per adeguamento abitazione e auto a seguito di infortunio	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Indennizzo forfettario per perdita anno scolastico	Attivabile per Assicurato bambino e studente con età fino a 20 anni con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	Maggiorazione indennizzo per ricovero contemporaneo dei genitori	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con almeno una tra: - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto (IN ATTIVITÀ) - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio (IN ATTIVITÀ) Incompatibile con la formula A Vita Basic
	Indennizzo aggiuntivo per stato di coma	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con almeno una tra: - Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) - Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ)
	Maggiorazione indennizzo per decesso	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Morte da infortunio (IN CONTINUITÀ)
	Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA) Incompatibile con: - Indennità aggiuntiva per frattura (IL CAPITALE) - Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione (IL CAPITALE)
	Indennizzo forfettario per Parkinson/Alzheimer/SLA	Attivabile se l'ambito di protezione rischio infortuni è diverso da circolazione con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)
	PIÙ ACTIVE - Salvaguardia piani di investimento - Maggiorazione per reinvestimento dell'indennizzo invalidità permanente per grave infortunio - Bonus" fedeltà in assenza di sinistri - Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo casa	Pacchetto di Garanzie attivabile con Invalidità permanente da infortunio (IN AUTONOMIA)

GARANZIA PREVENZIONE E ASSISTENZA BASE	GARANZIE ACCESSORIE	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE

FARE PREVENZIONE START: • Consulenza medica generica • Consulenza neurologica • Consulenza post infortunio sportivo • Consulenza ortopedica • Consulenza geriatrica • Consulenza cardiologica • Consulenza ginecologica • Consulenza pediatrica • Guida sanitaria telefonica • Reperimento e invio di un collaboratore familiare • Invio di un medico • Invio di un'autoambulanza • Servizio di consulto remoto h 24 • Accesso al network sanitario a tariffe agevolate • Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate		Attiva con Modulo SALUTE E BENESSERE - formula Benessere se il contratto ha durata non inferiore a 12 mesi
	FARE PREVENZIONE CHECK UP: • Check up Start • Check up Top e Prevenzione Dentaria • Check up Top – A Vita	Attivabile con FARE PREVENZIONE START I pacchetti Start, Top, e Top – A Vita sono alternativi tra loro Il pacchetto Top – A Vita si attiva solo se attivata una delle formule della sezione A Vita
	MIGLIORARE LO STILE DI VITA START: • Informazioni per sport in sicurezza • Consulenza nutrizionale • Supporto psicologico • Esecuzione esami e accertamenti al domicilio • Consegna esiti al domicilio • Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio • Consegna spesa al domicilio • Disbrigo pagamento utenze domiciliari	Attivabile con FARE PREVENZIONE START
	MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL: • Consulenza medica generica • Rientro sanitario e rientro della salma • Rientro degli altri Assicurati • Rientro con compagno di viaggio assicurato • Rientro anticipato • Accompagnamento minori in viaggio • Viaggio di un familiare • Anticipo spese di prima necessità • Anticipo cauzione penale	Attivabile con MIGLIORARE LO STILE DI VITA START
	PRENDERSI CURA START: • Invio di un medico generico al domicilio • Invio di un medico specialista al domicilio • Invio di un infermiere al domicilio • Invio di un fisioterapista a domicilio • Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio • Invio di un fisiatra al domicilio • Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni	Attivabile con FARE PREVENZIONE START

	• Trasferimento in istituto di cura specialistico • Rientro dall'istituto di cura • Second Opinion (consulto di alta specializzazione) • Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver • Care manager (consulente sociosanitario) • Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato • Telemonitoraggio • Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro)	
	PRENDERSI CURA START – A VITA: • Invio di un medico generico al domicilio • Invio di un medico specialista al domicilio • Invio di un infermiere al domicilio • Invio di un fisioterapista a domicilio • Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio • Invio di un fisiatra al domicilio • Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni • Trasferimento in istituto di cura specialistico • Rientro dall'istituto di cura • Care manager (consulente sociosanitario) • Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni • Telemonitoraggio • Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro)	Attivabile con FARE PREVENZIONE START se attivata una delle formule della sezione A Vita
	PRENDERSI CURA FAMILY: • Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano • Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato • Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio familiare anziano • Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato • Telemonitoraggio per familiare anziano o figlio disabile • Supporto scolastico allo studente Assicurato • Invio di babysitter/assistente familiare al domicilio • Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio • Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo • Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore	Attivabile con PRENDERSI CURA START

	PRENDERSI CURA FAMILY – A VITA: • Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano • Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato • Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio familiare anziano • Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato • Assistenza domiciliare integrata post ricovero dopo 80 anni; • Telemonitoraggio per familiare anziano o figlio disabile • Supporto scolastico allo studente Assicurato • Invio di babysitter/assistente familiare al domicilio • Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio • Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo • Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore	Attivabile con PRENDERSI CURA START – A VITA se attivata una delle formule della sezione A Vita

Garanzia Pronto Avvocato	**CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE**
Servizio assicurativo di consulenza legale telefonica comune a tutti i Moduli del prodotto Active Protezione	Sempre attiva con il Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura del documento, abbiamo utilizzato i seguenti strumenti grafici:
- AVVERTENZE: per richiamare l'attenzione a prendere consapevolezza di particolari regole;
- Carattere grassetto: per dare maggior risalto al testo da leggere con particolare attenzione;
- Lettera Iniziale maiuscola: per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;
- Box con esempi:

Per aiutare a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento delle Garanzie.

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve subito fare denuncia all'Agenzia di riferimento che fornisce aiuto. In alternativa, può inviare una comunicazione per iscritto, alla sede legale di Generali Italia, tramite lettera raccomandata o PEC ai seguenti recapiti:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

Per l'attivazione delle Prestazioni e dei servizi **Prevenzione e Assistenza**, per la Garanzia **Pronto Avvocato** e per il **servizio di Assistenza diretta** contattare i seguenti numeri:

Numero Verde **800 572 572**
+39 02 5824 0565 per chiamate dall'estero

È anche possibile:
- **segnalare il Sinistro**

- **chiedere il rimborso o l'Indennizzo nei casi previsti**
- **contattare la Centrale Operativa per il servizio di Assistenza diretta**

tramite l'Area Clienti del sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

CONDIZIONI SPECIFICHE - DEFINIZIONI

Nelle Condizioni Specifiche del presente Modulo, ai termini di seguito indicati è attribuito il significato qui precisato e sono sempre riportati con l'iniziale maiuscola:

DEFINIZIONI SPECIFICHE PREVENZIONE E ASSISTENZA

Centrale Operativa	Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale 10.000,00 euro, interamente versato, inscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA n. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., in funzione dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 22:00 e il sabato dalle 08:00 alle 14:00 (esclusi i festivi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l'Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l'organizzazione e fornitura dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazioni sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, tramite soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi, si avvalgono anche di personale medico.
GENERALI WELION S.C.A.R.L.	Società appartenente al Gruppo Generali soggetta alla direzione e al coordinamento di Generali Italia S.p.A. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche da cui derivano la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea. Le lesioni devono essere conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio e accertabili in maniera oggettiva.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata SSN o privata) autorizzati all'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche.
Prestazione	Assistenza fornita tramite la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Generali Italia.
Ricovero	Degenza in Istituto di cura anche in regime di day hospital.
Sinistro	Fatto o avvenimento che si verifica durante la validità dell'Assicurazione che comporta la richiesta di Prestazione o servizi e che rientra in copertura.
Struttura Organizzativa	REDION ITALY INSURANCE S.P.A. con sede in Assago (MI) Via del Mulino, 4 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 01333550323, iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 e alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, Società unipersonale 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 S.p.A. al contatto col Contraente/Assicurato, all'organizzazione e fornitura delle Prestazioni entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A..
Strutture mediche Convenzionate	Strutture sanitarie (Istituti di cura e ambulatori medici) e medici e altri professionisti dell'area sanitaria convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.
Strutture odontoiatriche Convenzionate	Studi dentistici e odontoiatrici e medici dentisti e odontoiatri convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.

DEFINIZIONI SPECIFICHE - BENESSERE

Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale per ricercare o definire la presenza o il decorso di una patologia che deriva da Malattia o Infortunio a carattere anche cruento o invasivo.
Ambulatorio	Struttura o centro attrezzato e autorizzato, in base alla normativa vigente, a erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Assicurato	Persona a favore della quale è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscono da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Autorità internazionali	Per autorità internazionali si intendono: • AIFA in Italia; • EMA in Europa; • FDA Stati Uniti d'America.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica alla quale Generali Italia paga l'Indennizzo in caso di Infortunio mortale dell'Assicurato.
Cartella clinica	Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il Ricovero, il Day hospital, il Day surgery, o a seguito di Intervento ambulatoriale, con le generalità dell'Assicurato, la Diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
Centrale Operativa	Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L., in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 22:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 14:00 (esclusi i festivi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l'Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l'organizzazione ed erogazione dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazione sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, tramite soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi si avvalgono anche di personale medico.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula l'Assicurazione.
Copertura spese mediche *In rete e fuori rete*	Forma di copertura assicurativa in base alla quale le prestazioni sanitarie possono essere effettuate solo presso Strutture mediche Convenzionate che presso strutture non convenzionate con GENERALI WELION S.C.A.R.L., come disciplinato nelle presenti Condizioni di assicurazione.
Copertura spese mediche *Solo in rete*	Forma di copertura assicurativa in base alla quale le prestazioni sanitarie possono essere effettuate solo presso Strutture mediche Convenzionate, come disciplinato nelle presenti Condizioni di assicurazione.
Day hospital (ospedale di giorno)	Degenza senza Intervento chirurgico presso reparto di Istituto di cura a regime solo diurno, documentata da Cartella clinica.
Day service (assistenza specialistica ambulatoriale)	Attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta attivazione di procedure, articolate e interdisciplinari, funzionali alla gestione di situazioni cliniche complesse per le quali non è previsto il Ricovero in regime di Day hospital o ordinario, quali per esempio il MAC (macroattività assistenziale complessa) e il PAC (pacchetto assistenziale complesso).
Day surgery (chirurgia di giorno)	Intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura, con degenza diurna in reparto che non comporta pernottamento, documentato da Cartella clinica.
Diagnosi	Determinazione della natura o della sede di una Malattia in base alla valutazione dei sintomi.
Difetto fisico	Mancanza o imperfezione (genetica e non) non presente alla nascita, di un organo, di un apparato o di una funzione, anche se non note o non diagnosticate al momento dell'attivazione del presente Modulo.

	Esempi: • alluce valgo • dito a martello • piede piatto • vizi di rifrazione • deviazione del setto nasale • ginocchia vare o valghe • cheratocono • scoliosi
Franchigia	Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali per le invalidità, in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese.
Frattura	Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti. **Non sono compresi distacchi parcellari e infrazioni.**
GENERALI WELION S.C.A.R.L.	Società appartenente al Gruppo Generali soggetta alla direzione e al coordinamento di Generali Italia S.p.A. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132.
Gessatura	Apparecchio di contenzione realizzato con gesso modellato atto all'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici.
Grande Intervento Chirurgico (*per la Garanzia Grandi interventi chirurgici*)	Ogni Intervento chirurgico identificato come tale nell'ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI riportato di seguito alle Condizioni Specifiche.
Indennità sostitutiva	Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di Ricovero che non comporta rimborso di spese sanitarie.
Indennizzo	Somma dovuta da Generali Italia in caso di Sinistro anche sotto forma di rimborso spese o Pagamento diretto.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce Lesioni corporali accertabili in maniera oggettiva, le quali hanno per conseguenza la morte, l'Invalidità permanente o una Inabilità temporanea.
Insorgenza della Malattia	Inizio, anche se asintomatico, della Malattia.
Intervento chirurgico	Atto medico, con finalità terapeutica o diagnostica, eseguito con qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, incidendo la cute o i tessuti dell'organismo anche con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. **Non è considerato Intervento chirurgico l'applicazione o rimozione di:** • **Gessatura o tutori equivalenti;** • **punti di sutura.**
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento di chirurgia effettuato senza degenza da medico chirurgo in Istituto di cura, centro medico o studio medico chirurgico e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione dopo l'intervento. Può comportare anche biopsia, diatermocoagulazione, crioterapia, endoscopia con polipectomia, Laserchirurgia, infiltrazioni articolari, ago aspirato, ozonoterapia.
Invalidità permanente (IP)	Perdita permanente, definitiva e irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata con SSN o privata) in Italia o all'estero, autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al Ricovero e all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna e dotati di attrezzature per il pernottamento dei pazienti e per le terapie di stati patologici mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato. **Non sono considerati Istituti di cura:** le case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e ospizi per anziani, gli hospice, gli stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, le cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili.
Laserterapia antalgica	Trattamento che sfrutta il fascio di luce del laser a scopo fisioterapico **prescritto in presenza di traumi osteo-articolari e muscolo-tendinei a seguito di valutazione o prescrizione di medico munito di specializzazione relativa alla patologia trattata.**

Laserchirurgia	Tecnica chirurgica senza uso di bisturi che utilizza la tecnologia laser tramite apparecchiature specifiche **per tagliare, vaporizzare, coagulare o rimuovere tessuti.** **Sono sempre esclusi gli interventi con finalità:** • **estetica;** • **non curativa della patologia trattata.**
Lesione	Qualsiasi modificazione menomante a carico di un organo o di un tessuto, con alterazione della continuità della forma, della struttura e della funzione provocata da cause fisiche (agenti traumatici), chimiche (intossicazioni) o biologiche (microrganismi).
Lettera di impegno	Documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura medica convenzionata in relazione al Ricovero, all'Intervento chirurgico, alla prestazione diagnostica extra-ricovero e con riferimento alle Condizioni di assicurazione; **tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura medica Convenzionata.**
Lussazione	Spostamento permanente di due superfici articolari che hanno perso, più o meno completamente, i rapporti che esistono normalmente tra le due parti in relazione alla quale è seguita una riduzione effettuata da personale sanitario in Istituto di cura. **Non sono ricomprese** in tale ambito **le sub-lussazioni.**
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia oncologica	Ogni Malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ, i tumori con invasione diretta degli organi vicini in fase metastatica.
Malattia pandemica o epidemica	Malattia, patologia, morbo, infezione, condizione o disturbo causati, in tutto in parte, da contatto diretto o indiretto o esposizione ad agenti patogeni di qualsiasi natura (quali, per esempio, virus, batteri o parassiti), indipendentemente dal metodo di trasmissione, contatto o esposizione, per i quali è riconosciuta dalle autorità sanitarie internazionali o nazionali una diffusione a livello pandemico o epidemico locale grave (che comporta l'adozione da parte delle competenti autorità di specifiche disposizioni o misure per prevenirne la diffusione, contenere il contagio, o entrambi).
Malattia preesistente	Malattia che costituisce espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o che esistevano già prima dell'attivazione della Garanzia.
Malformazione	Ogni alterazione fisica o psichica (genetica e non) che si è sviluppata durante la vita intrauterina.
Manifestazione della Malattia	Sintomi o segni della Malattia.
Massimale	Importo massimo dovuto da Generali Italia per la singola Garanzia in relazione a ciascun Assicurato per Sinistro e annualità assicurativa.
Massimale per nucleo	Importo massimo dovuto da Generali Italia per la singola Garanzia in relazione all'insieme delle persone assicurate (due o più appartenenti allo stesso Nucleo familiare) per Sinistro e annualità assicurativa.
Medico convenzionato	Capo équipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con Generali Italia. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, l'intera équipe è ritenuta non convenzionata. Se il capo équipe è convenzionato tutti i componenti dell'équipe devono rispettare le norme e le tariffe di convenzione. In caso contrario l'intera équipe si considera non convenzionata.
Mutazione genetica	Ogni modifica stabile ed ereditabile nella sequenza nucleotidica di un genoma o più generalmente materiale genetico (sia DNA che RNA) dovuta ad agenti esterni o al caso, ma non alla ricombinazione genetica.
Nucleo Familiare	Insieme delle persone che risultano dal certificato di Stato di Famiglia del Contraente, compresi i conviventi di fatto e le parti dell'unione civile[1].
Pagamento a rimborso	Liquidazione a rimborso che Generali Italia effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato.
Pagamento diretto	Servizio di liquidazione che Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura medica convenzionata.

Pagamento misto	Liquidazione che Generali Italia effettua in parte con Pagamento diretto alle Strutture mediche Convenzionate e in parte con Pagamento a rimborso per le prestazioni effettuate da medici non convenzionati.
Premio	Somma dovuta dal Contraente a Generali Italia a fronte della stipula dell'Assicurazione.
Pronto soccorso	Struttura che garantisce solo il trattamento delle emergenze-urgenze, cioè di quelle condizioni patologiche, spontanee o traumatiche, che richiedono immediati interventi diagnostici e terapeutici.
Protesi	Dispositivo anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Questionario medico	Documento con le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto da lui stesso o da chi esercita la potestà, che è parte integrante della Polizza.
Recidiva	Riacutizzarsi di una Malattia in via di guarigione o in apparenza già guarita.
Ricovero	Degenza presso reparto di Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, documentato da Cartella clinica. **L'accesso al Pronto soccorso non è equiparato al Ricovero e non è considerato tale se non seguito da ospedalizzazione**.
Rischio	Probabilità del verificarsi del Sinistro.
Scoperto	Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'Indennizzo.
Sinistro	Evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.
Strutture odontoiatriche Convenzionate	Studi dentistici e odontoiatrici e medici dentisti e odontoiatri convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.
Strutture mediche Convenzionate	Strutture sanitarie (Istituti di cura, ambulatori medici) e medici convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale - il complesso delle funzioni, delle attività e dei servizi assistenziali gestiti ed erogati dalle Regioni Italiane.
Termine di aspettativa	Periodo, successivo all'attivazione della Garanzia e al pagamento del relativo Premio di perfezionamento, durante il quale la stessa, in tutto o in parte, non opera.
Ticket sanitario	Il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere fornita o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o da una struttura privata in regime di convenzione.
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da medico o da professionista con laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Sono escluse tutte le prestazioni finalizzate a trattare problematiche di natura estetica, e quelle eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avviene nell'ambito della medicina estetica.**
Tutore immobilizzante esterno equivalente	Mezzo di contenzione inamovibile autonomamente, rigido ed esterno. A titolo esemplificativo e non esaustivo non sono considerati Tutori immobilizzanti esterni equivalenti bendaggi, apparecchi, busti, corsetti semirigidi, bendaggi elastici adesivi (per esempio tensoplast).
Urgenza sanitaria all'estero	Situazione che si verifica in seguito di Infortunio o Malattia e che si manifesta in forma acuta e in maniera improvvisa nel corso del viaggio all'estero, che richiede un Ricovero o un Intervento chirurgico immediato e non differibile.
Visita specialistica	La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per Diagnosi e per prescrizione di terapie cui la specializzazione è inerente.

[1] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

NORME COMUNI DELLE CONDIZIONI SPECIFICHE PREVENZIONE E ASSISTENZA E BENESSERE

Art. 1. Responsabilità

Con riferimento agli articoli

- *Servizio di consulto remoto h24*, *Accesso al network sanitario a tariffe agevolate e Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate* della sezione FARE PREVENZIONE START;
- della sezione FARE PREVENZIONE CHECK UP;
- *Second opinion* e *Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver* della sezione PRENDERSI CURA START;
- *Assistenza diretta - modalità di attivazione*,

Generali Italia non è in alcun modo coinvolta in attività sanitarie o in prestazioni di natura medica, in quanto svolge in favore del Contraente e dei propri familiari, ove previsto, solo attività che hanno natura organizzativa e che consentono l'accesso ai servizi salute.

Il rapporto che si instaura tra il Contraente (e i familiari) e la struttura sanitaria del Network, il singolo medico, i professionisti in generale coinvolti nell'erogazione delle singole prestazioni, è autonomo e indipendente, in quanto rientra nella relazione "medico-paziente" o comunque "professionista-assistito", senza nessuna interferenza da parte di Generali Italia.

Di conseguenza, **la struttura sanitaria o il singolo professionista sono gli unici responsabili nei confronti del Contraente (e dei familiari)** per l'erogazione delle prestazioni sanitarie o professionali.

Generali Italia non assume alcuna responsabilità nei confronti del Contraente e dei familiari circa la non corretta o parziale erogazione delle prestazioni di competenza di partner terzi, delle strutture del Network o dei medici e professionisti in genere.

Generali Italia non è dunque responsabile per esempio:

- per alcun tipo di prestazione sanitaria o professionale;
- per l'utilizzo o il malfunzionamento di apparecchi medici o strumenti sanitari in genere o farmaci o prodotti cosmetici o similari;
- per prestazioni diagnostiche o interpretazione delle stesse;
- per la mancata presenza o sostituzione di un medico o di altro personale sanitario;
- per la mancata fruizione delle prestazioni da parte del Contraente o di uno o più dei familiari.

Inoltre, Generali Italia non è responsabile per i danni o disservizi sopportati dal Contraente o dai familiari o da eventuali terzi in relazione alle prestazioni erogate dalla struttura sanitaria del Network o dai medici e professionisti in genere (inclusa la prescrizione o vendita di farmaci) e per eventuali conseguenze di tali prestazioni.

CONDIZIONI SPECIFICHE Prevenzione e Assistenza BENESSERE

FARE PREVENZIONE START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Consulenza medica generica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto medico telefonico può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 i medici della Struttura Organizzativa.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute, è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

La Prestazione non è soggetta a limiti per annualità assicurativa.

Art. 1.2 Consulenza medica specialistica

Art. 1.2.1 Consulenza neurologica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto telefonico con un Neurologo e non riesce a trovare il proprio medico specialista, può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il consulto avvalendosi della disponibilità dei propri specialisti.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.2.2 Consulenza post infortunio sportivo

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare il proprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di Infortunio sportivo, l'Assicurato può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 i medici della Struttura Organizzativa per una consulenza telefonica.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.2.3 Consulenza ortopedica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, ha bisogno di un consulto telefonico con un medico specialista in ortopedia e non riesce a trovare il proprio medico specialista, può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il consulto avvalendosi della disponibilità dei propri specialisti.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.2.4 Consulenza geriatrica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto telefonico con un Geriatra e non riesce a trovare il proprio medico specialista, può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il consulto avvalendosi della disponibilità dei propri specialisti.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute, è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.2.5 Consulenza cardiologica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto telefonico con un Cardiologo e non riesce a trovare il proprio medico specialista, può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il consulto avvalendosi della disponibilità dei propri specialisti.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.2.6 Consulenza ginecologica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurata, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto telefonico con un Ginecologo e non riesce a trovare il proprio medico specialista, può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il consulto avvalendosi della disponibilità dei propri specialisti.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.2.7 Consulenza pediatrica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto telefonico con un Pediatra e non riesce a trovare il proprio medico specialista, può contattare 24 ore su 24, 7 giorni su 7 la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il consulto avvalendosi della disponibilità dei propri specialisti.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

Art. 1.3 Guida sanitaria telefonica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di informazioni sul Servizio Sanitario Nazionale o privato, può ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, che fornisce tutte le informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.4 Reperimento e invio di un collaboratore familiare

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, non può occuparsi delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di un collaboratore familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate tra l'Assicurato e il collaboratore familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 1.5 Invio di un medico generico a domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un medico e non riesce a trovarlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico convenzionato sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino, tramite autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi.

Art. 1.6 Invio di un'autoambulanza

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di essere trasportato con autoambulanza, questa è inviata sul posto a spese della Struttura Organizzativa stessa.

La Prestazione opera entro il limite di 200 chilometri di percorso massimo complessivo (andata e ritorno).

Art. 1.7 Servizio di consulto remoto h24

Che cosa è assicurato

In caso di necessità, l'Assicurato può usufruire di un servizio di consulenza medica da remoto (telefono/video) che prevede:

a. Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni;
b. Parere medico immediato;
c. Guida sanitaria on-line.

Di seguito gli aspetti di dettaglio del servizio:

a. Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni:

servizio che, in caso di necessità, consente all'Assicurato di mettersi in contatto con un medico di medicina generale che fornisce informazioni riguardo a:

- vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge Italiana (quali vaccini, modalità di somministrazione, calendario vaccinale);
- vaccinazioni consigliate in vista di viaggi e trasferte in altri paesi nel mondo (tempistiche, modalità di somministrazione).

b. Parere medico immediato:

servizio tramite il quale l'Assicurato può chiedere un **consulto medico a distanza** per ricevere telefonicamente **un'immediata valutazione medica con eventuali indicazioni terapeutiche o di approfondimento in caso di improvvisi problemi di salute**. Il servizio permette la teleprescrizione di farmaci con ricetta bianca (non a carico del SSN).

c. Guida sanitaria on-line:

servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private italiane (ubicazione e specializzazioni);
- aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (per esempio informazioni burocratiche e su esenzione ticket);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia;
- farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni).

Le informazioni richieste sono fornite al momento del primo contatto con l'Assicurato.

Per le richieste complesse su aspetti amministrativi dell'attività sanitaria o centri medici specializzati, il servizio informativo può essere fornito nelle 24 ore successive; in tal caso un medico richiama l'Assicurato al contatto da lui indicato.

Il servizio non è adatto:

- **in caso di imminente pericolo di vita;**
- **quando è consigliabile attivare il Servizio di Soccorso Sanitario.**

Art. 1.8 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.

Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it

o dall'App MyCattolica.

Art. 1.9 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.

Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.

L'elenco delle Strutture odontoiatriche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
b) **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
c) **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
d) **per dolo dell'Assicurato;**
e) **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Fatte salve le condizioni particolari indicate per ciascuna Prestazione, Generali Italia fornisce le stesse tramite la Struttura Organizzativa di Redion Italy Insurance S.p.A. per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e in ogni caso fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazione	Limiti alla prestazione
Consulenza medica generica	-
Consulenza medica specialistica	
• **Consulenza neurologica**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
• **Consulenza post infortunio sportivo**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
• **Consulenza ortopedica**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
• **Consulenza cardiologica**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa

• **Consulenza ginecologica**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
• **Consulenza pediatrica**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
• **Guida sanitaria telefonica**	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Reperimento e invio di un collaboratore familiare	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. Eventuali eccedenze sono regolate tra l'Assicurato e il collaboratore familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
Invio di un medico	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi.
Invio di un'autoambulanza	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La Prestazione opera entro il limite di chilometri 200 chilometri di percorso massimo complessivo (andata e ritorno)
Accesso al network sanitario a tariffe agevolate	I costi agevolati delle prestazioni sanitarie sono a carico dell'Assicurato
Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate	I costi agevolati delle prestazioni sanitarie sono a carico dell'Assicurato

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può usufruire del **Servizio di consulto remoto h24, 7 giorni su 7, h24 tramite accesso diretto all'Area Clienti dal sito web www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.**

Per usufruire del servizio tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale operativa ai numeri disponibili nell'Area Clienti.

L'Assicurato può attivare **tutte le altre Prestazioni** solo dopo aver contattato la **Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572

dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato deve comunicare:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.

Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dala normativa sulla protezione dei dati personali[2]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

FARE PREVENZIONE CHECK UP

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Check up Start

Che cosa è assicurato

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni può effettuare le prestazioni sanitarie previste da uno dei programmi di prevenzione a scelta tra quelli sotto indicati.

PREVENZIONE CARDIOLOGICA – C3749	
Prestazioni	Visita specialistica cardiologica con ECG
	Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
	Omocisteina
	Glicemia, PCR
	Quadro elettrolitico
	Ecocardiogramma

PREVENZIONE DERMATOLOGICA – C3738	
Prestazioni	Visita specialistica dermatologica con studio del biotipo e del fototipo cutaneo
	Mappatura nevi manuale

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA – C4160	
Prestazioni	Visita gastroenterologica
	Ecografia addome completo

PREVENZIONE GINECOLOGICA – C3371	
Prestazioni	Visita specialistica ginecologica
	Citologico vaginale - Pap Test
	HPV ricerca papilloma virus
	Ecografia pelvica transvaginale o sovrapubica

PREVENZIONE SENOLOGICA COMPLETA – C3734	
Prestazioni	Visita specialistica senologica
	Mammografia bilaterale
	Ecografia mammaria

PREVENZIONE UROLOGICA – C3735	
Prestazioni	Visita specialistica urologica
	Ecografia addome inferiore (studio prostata e vie urinarie)
	PSA totale e libero
	Esame completo delle urine
	Azotemia e Creatininemia

L'Assicurato di età pari o inferiore a 25 anni può effettuare le prestazioni sanitarie previste da uno dei programmi di prevenzione a scelta tra quelli sotto indicati.

PREVENZIONE CARDIOLOGICA – C3749	
Prestazioni	Visita specialistica cardiologica con ECG
	Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
	Omocisteina
	Glicemia, PCR
	Quadro elettrolitico
	Ecocardiogramma

Come opera la copertura

I programmi di prevenzione non sono previsti per l'Assicurato che beneficia delle coperture gratuite indicate alle lettere da c) a h) dell'articolo Copertura gratuita del minore di 10 anni delle Condizioni Specifiche – Norme comuni del Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere, sezione Con quali condizioni operative assicuriamo?.

L'Assicurato può, quindi, usufruire dei programmi di prevenzione a decorrere dall'annualità in cui la Garanzia Alta diagnostica (lettera g del suddetto articolo) diventa a pagamento, secondo quanto previsto dall'articolo Copertura gratuita del minore di 10 anni delle Condizioni Specifiche – Norme comuni del Modulo SALUTE E BENESSERE – Benessere, sezione Con quali condizioni operative assicuriamo?.

Art. 1.2 Check up Top e Top A vita

Che cosa è assicurato

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni può effettuare le prestazioni sanitarie previste da uno dei programmi di prevenzione a scelta tra quelli sotto indicati.

PREVENZIONE DERMATOLOGICA – C3738	
Prestazioni	Visita specialistica dermatologica con studio del biotipo e del fototipo cutaneo
	Mappatura nevi manuale

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA EPATOLOGICA – C3739	
Prestazioni	Visita specialistica gastroenterologica o internistica
	ALT, AST, LDH, FA (fosfatasi alcalinica), GGT, Amilasi
	Glicemia, Sideremia, Bilirubinemia, Emocromo
	Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
	Markers epatite B e C
	Ricerca sangue occulto feci (1 campione)
	Ecografia addome completo

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA – C3582	
Prestazioni	Visita specialistica oculistica
	Studio fundus oculi
	Tono oculare
	Misurazione del visus

PREVENZIONE TIROIDE – C3744	
Prestazioni	Visita specialistica endocrinologica
	Ecografica tiroidea
	TSH
	FT3
	FT4

	Anticorpi anti Tg e anti TPO

PREVENZIONE VASCOLARE ARTI INFERIORI – C3367	
Prestazioni	Visita specialistica angiologica
	Eco-color-doppler arterioso e venoso arti inferiori

PREVENZIONE CARDIOLOGICA E CEREBROVASCOLARE – C3736	
Prestazioni	Visita specialistica cardiologica con ECG
	Elettrocardiogramma sotto sforzo
	Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
	Omocisteina
	Glicemia, PCR
	Quadro elettrolitico
	Ecocardiogramma

PREVENZIONE GINECOLOGICA – C3371	
Prestazioni	Visita specialistica ginecologica
	Citologico vaginale - Pap Test
	HPV ricerca papilloma virus
	Ecografia pelvica transvaginale o sovrapubica

PREVENZIONE SENOLOGICA COMPLETA – C3734	
Prestazioni	Visita specialistica senologica
	Mammografia bilaterale
	Ecografia mammaria

PREVENZIONE UROLOGIA – C3735	
Prestazioni	Visita specialistica urologica
	Ecografia addome inferiore (studio prostata e vie urinarie)
	PSA totale e libero
	Esame completo delle urine
	Azotemia e Creatininemia

PREVENZIONE ANDROLOGICA – C3353	
Prestazioni	Visita specialistica andrologica con ecografia scrotale.

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA – C3356	
Prestazioni	Visita specialistica otorinolaringoiatrica
	Esame audiometrico

PREVENZIONE OSTEOPOROSI – C3742	
Prestazioni	Visita specialistica fisiatrica o ortopedica o reumatologica
	MOC
	Dosaggio del Calcio nel sangue e nelle urine
	Esame completo delle urine
	Vitamina D

CHECK UP LONGEVITY – C4257	
Prestazioni (dedicate all'uomo)	AA/EPA + AA/DHA (EFA) , HOMA, HB1AC, APO B, Lp (a) , IGF1, CORTISOLO, dROMS, TESTOSTERONE, VITAMINA D, Emocromo, Glicemia, Insulina, Creatinina, Colesterolo totale, Colesterolo LDL, Colesterolo HDL, Trigliceridi, Transaminasi AST/GOT, Transaminasi ALT/GPT, Gamma-GT, Bilirubina Totale, Elettroforesi proteica, Azotemia, Uricemia, Proteina C Reattiva, Fosfatasi Alcalina, Calcio, Sodio , Potassio, Magnesio, Sideremia, TSH reflex, Acido Folico, Vitamina B12, CK, Omocisteina, PT, APTT, Fibrinogeno, PSA reflex
Prestazioni (dedicate alla donna)	AA/EPA + AA/DHA (EFA), HOMA, HB1AC, APO B, Lp (a) , IGF1, CORTISOLO, dROMS, TESTOSTERONE, VITAMINA D, Emocromo, Glicemia, Insulina, Creatinina, Colesterolo totale, Colesterolo LDL, Colesterolo HDL, Trigliceridi, Transaminasi AST/GOT, Transaminasi ALT/GPT, Gamma-GT, Bilirubina Totale, Elettroforesi proteica, Azotemia, Uricemia, Proteina C Reattiva, Fosfatasi Alcalina, Calcio, Sodio, Potassio, Magnesio, Sideremia, Tsh reflex, Acido Folico, Vitamina B12, CK, Omocisteina, PT, APTT, Fibrinogeno, LH, FSH, Prolattina, Estradiolo

ESAMI EMATICI TOP – C4111	
Prestazioni	Emocromo con formula leucocitaria, Piastrine, VES, Creatinina, Esame urine completo, Proteine totali, Bilirubina frazionata, GOT, GPT, Gamma GT, Ferro, Glucosio, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Colesterolo LDL, Trigliceridi, Sangue occulto nelle feci, PSA, Omocisteina, Proteina C ultrasensibile, TSH, Vitamina D, Emoglobina glicata

PREVENZIONE NUTRIZIONALE – C4440	
Prestazioni	Visita dietologica (con calcolo BMI)
	Prescrizione dieta

CHECK-UP SPORTIVO – C4831	
Prestazioni	Visita medica generale con ECG
	Rilascio certificato medico sportivo non agonistico

L'Assicurato di età pari o inferiore a 25 anni può effettuare le prestazioni sanitarie previste da uno dei programmi di prevenzione a scelta tra quelli sotto indicati.

PREVENZIONE CARDIOLOGICA E CEREBROVASCOLARE – C3736	
Prestazioni	Visita specialistica cardiologica con ECG
	Elettrocardiogramma sotto sforzo
	Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
	Omocisteina
	Glicemia, PCR
	Quadro elettrolitico
	Ecocardiogramma

PREVENZIONE DERMATOLOGICA – C3738	
Prestazioni	Visita specialistica dermatologica con studio del biotipo e del fototipo cutaneo
	Mappatura nevi manuale

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA – C3582	
Prestazioni	Visita specialistica oculistica
	Studio fundus oculi
	Tono oculare
	Misurazione del visus

CHECK-UP SPORTIVO – C4831	
Prestazioni	Visita medica generale con ECG
	Rilascio certificato medico sportivo non agonistico

Riservato all'Assicurato fino a 18 anni:

CHECK-UP SPORTIVO minori – C4836	
Prestazioni	Visita medica generale con ECG
	Rilascio certificato medico sportivo non agonistico

Come opera la copertura

I programmi di prevenzione non sono previsti per l'Assicurato che beneficia delle coperture gratuite indicate alle lettere da c) a h) dell'articolo Copertura gratuita del minore di 10 anni delle Condizioni Specifiche – Norme comuni del Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere, sezione Con quali condizioni operative assicuriamo?.

L'Assicurato può, quindi, usufruire dei programmi di prevenzione a decorrere dall'annualità in cui la Garanzia Alta diagnostica (lettera g del suddetto articolo) diventa a pagamento, secondo quanto previsto dall'articolo Copertura gratuita del minore di 10 anni delle Condizioni Specifiche – Norme comuni del Modulo SALUTE E BENESSERE – Benessere, sezione Con quali condizioni operative assicuriamo?.

Art. 1.2.1 Prevenzione dentaria

Che cosa è assicurato

L'Assicurato che può effettuare uno dei programmi di prevenzione previsti dal Check up Top può effettuare anche le seguenti prestazioni previste dal programma di Prevenzione dentaria:

- una seduta di ablazione del tartaro;
- una visita odontoiatrica di controllo.

Ci sono limiti di copertura

Tutte le prestazioni diverse da quelle previste dal programma di Prevenzione dentaria elencate nella sezione Che cosa è assicurato del presente articolo non reintrano nella copertura assicurativa e i relativi costi sono a carico dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazione	Limiti alla prestazione
Check up Start	Scoperto previsto in caso di rimborso 25%. Limite di Indennizzo in caso di rimborso 250,00 euro.
Check up Top	Scoperto previsto in caso di rimborso 25%. Limite di Indennizzo in caso di rimborso 400,00 euro.
Prevenzione dentaria	• 1 seduta di ablazione del tartaro; • 1 visita odontoiatrica di controllo.

Prestazione	Limiti alla prestazione
Check up Top – A Vita	Scoperto previsto in caso di rimborso 25%. Limite di Indennizzo in caso di rimborso 500,00 euro.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 2.1 Tempi di fruizione dei Check up

L'Assicurato può effettuare il programma di prevenzione una volta per annualità assicurativa **nel rispetto dei termini di aspettativa sotto indicati**.

TERMINI DI ASPETTATIVA
L'Assicurato può usufruire del primo programma di prevenzione:

- **dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla Data di inizio del programma di prevenzione indicata in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
- **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla Data di inizio del programma di prevenzione indicata in Polizza.**

Se il presente contratto ne sostituisce senza interruzione un altro che riguarda gli stessi Assicurati - che potevano già usufruire dei check up - i Termini di aspettativa di cui sopra non operano.

Quando si può fare il check up?

1. Esempio di primo programma di prevenzione con applicazione dei termini di aspettativa:

- **Data di inizio del programma di prevenzione:** 1° marzo 2026
- **Data di pagamento del Premio**: 15 marzo 2026
- **Periodo in cui l'Assicurato può effettuare il primo programma di prevenzione:** dal 14 aprile 2026 (30 giorni dopo il pagamento del Premio) fino al 1° marzo 2027 (fine dell'annualità assicurativa).

2. Esempio di successivo programma di prevenzione:

- **Data di inizio del programma di prevenzione precedente:** 1° marzo 2026
- **Periodo in cui l'Assicurato può effettuare il successivo programma di prevenzione:** dal 1° marzo 2027 al 1° marzo 2028

Art. 2.1.1 Tempi di fruizione del programma di prevenzione dentaria

Il programma di prevenzione dentaria può essere effettuato **nelle annualità assicurative in cui può essere effettuato il Programma di Prevenzione sanitaria - Check up Top.**

TERMINI DI ASPETTATIVA

L'Assicurato può usufruire del primo programma di prevenzione dentaria:

- **dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla Data di inizio del programma di prevenzione indicata in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
- **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla Data di inizio del programma di prevenzione indicata in Polizza.**

Se il presente contratto ne sostituisce senza interruzione un altro che riguarda gli stessi Assicurati -che potevano già usufruire del programma di prevenzione dentaria - i Termini di aspettativa di cui sopra non operano.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare i Check up

Per usufruire delle prestazioni sanitarie previste da uno dei programmi di prevenzione, l'Assicurato deve rivolgersi alla

Centrale Operativa.

L'Assicurato può accedere e attivare il servizio tramite l'Area Clienti dal sito **www.cattolica.it** o dall'App MyCattolica **almeno 30 giorni prima della data di scadenza dell'annualità assicurativa in cui la prestazione può essere effettuata.**
Per attivare il servizio tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai numeri disponibili nell'Area Clienti.
L'Assicurato **deve** fornire i seguenti dati:
- numero di Polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

Per maggiori dettagli si rinvia alle **NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione delle Condizioni specifiche - Benessere.**

Per chiedere il rimborso nei casi previsti agli articoli Modalità di fruizione del Check up e Tempi di fruizione del Check up, l'Assicurato - dopo aver effettuato il check up - deve seguire le seguenti modalità:

La richiesta di rimborso può essere presentata presso l'Agenzia cui è appoggiato il contratto oppure tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica. Tutte le spese devono essere documentate, presentando la documentazione giustificativa della spesa effettuata.

Art. 1.2 Come attivare il programma di prevenzione dentaria

Per usufruire del programma di prevenzione dentaria e quindi ottenere informazioni o richiedere/confermare un appuntamento, l'Assicurato deve rivolgersi alla Centrale Operativa.

L'Assicurato può accedere e attivare il servizio tramite l'Area Clienti dal sito **www.cattolica.it** o dall'App MyCattolica **almeno 30 giorni prima della data di scadenza dell'annualità assicurativa in cui la prestazione può essere effettuata.**
Per attivare il servizio tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai numeri disponibili nell'Area Clienti.
L'Assicurato **deve** fornire i seguenti dati:
- numero di Polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

L'Assicurato deve fornire alla Centrale Operativa i seguenti dati:
- **numero di Polizza;**
- **nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;**
- **luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.**

Art. 1.3 Modalità di fruizione dei Check up

Il Programma di prevenzione sanitaria si effettua **in assistenza diretta con Strutture mediche Convenzionate** attivando la Centrale Operativa.

Se non sono presenti Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato, le prestazioni previste dal Programma scelto possono essere effettuate dall'Assicurato per proprio conto presso altra struttura medica non convenzionata. In tal caso **l'Assicurato può chiedere il rimborso delle spese sostenute con applicazione dello Scoperto e nei limiti di Indennizzo previsti nella TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO riportata nella sezione Ci sono limiti di copertura?.**

Generali Italia e la Centrale Operativa non sono a conoscenza degli esiti delle prestazioni.

È necessario effettuare tutti gli accertamenti previsti dal Programma prenotato; eventuali ulteriori accertamenti sono a carico dell'Assicurato.

È possibile prenotare il Programma solo se risulta in regola il pagamento del Premio.

Art. 1.3.1. Modalità di fruizione del programma di prevenzione dentaria

Il programma di prevenzione dentaria si effettua solo in assistenza diretta presso Strutture odontoiatriche Convenzionate.

MIGLIORARE LO STILE DI VITA START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Informazioni per sport in sicurezza

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha bisogno di informazioni sulla pratica sicura dell'attività sportiva, può contattare la Struttura Organizzativa, che organizza un consulto telefonico con uno specialista, il quale gli fornisce:

- indicazioni utili per la prevenzione degli infortuni sportivi;
- suggerimenti per la pratica di attività sportiva idonea in base all'età e alla condizione fisica.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.2 Consulenza nutrizionale

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato desidera ricevere telefonicamente informazioni nutrizionali e dietologiche per una sana e corretta alimentazione, può contattare la Struttura Organizzativa che organizza, il consulto avvalendosi dei propri specialisti.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.3 Supporto psicologico

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato un ricovero ospedaliero, ha bisogno di prestazioni mediche di supporto psicologico, può contattare la Struttura Organizzativa che organizza la consulenza di supporto psicologico o rimborsa analoghe sedute eseguite da uno specialista di fiducia del paziente.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 6 sedute con il limite di 1.000,00 euro per annualità assicurativa.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.4 Esecuzione esami e accertamenti al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, ha bisogno di eseguire al proprio domicilio prelievi del sangue/ecografie, può contattare la Struttura Organizzativa, che accertata la necessità della prestazione, invia a proprie spese il professionista al domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi degli esami sono a carico dell'Assicurato.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.5 Consegna esiti al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella Provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa recapita a proprie spese gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato stesso o al medico da lui indicato.

Ci sono limiti di copertura

I costi degli accertamenti sono a carico dell'Assicurato.

Art. 1.6 Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, ha bisogno di medicine o articoli sanitari come da prescrizione medica e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il suo recapito telefonico.

Ci sono limiti di copertura

Il costo relativo ai medicinali e agli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.7 Consegna spesa al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, ha bisogno di acquistare generi alimentari di prima necessità e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, può contattare la Struttura Organizzativa che invia un proprio incaricato per consegnare quanto richiesto. Se l'incaricato non può intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa può autorizzare il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per la spedizione e la consegna.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi giorni festivi infrasettimanali.

Se l'incaricato non può intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa può autorizzare il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato solamente per la spedizione e consegna fino a 50,00 euro per Sinistro.

I costi relativi all'acquisto dei generi alimentari sono a carico dell'Assicurato.

Art. 1.8 Disbrigo pagamento utenze domiciliari

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di ricovero ospedaliero, ha bisogno di svolgere incombenze connesse al pagamento di utenze domiciliari attraverso bollettini postali o altre modalità amministrative e non è in grado di provvedervi autonomamente, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità, organizza a proprie spese le prestazioni richieste.

Ci sono limiti di copertura

Gli importi da pagare per le utenze domiciliari sono a carico dell'Assicurato.
La Prestazione è a carico della Struttura Organizzativa fino a 10 ore per Sinistro.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
b) **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
c) **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
d) **per dolo dell'Assicurato;**
e) **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Fatte salve le condizioni particolari indicate per ciascuna Prestazione, Generali Italia fornisce le stesse tramite la Struttura Organizzativa di Redion Italy Insurance S.p.A. per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e in ogni caso fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati:

Prestazione	**Limiti alla prestazione**
Informazioni per sport in sicurezza	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Consulenza nutrizionale	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali)
Supporto psicologico	Massimo 6 sedute con il limite di 1.000,00 euro
Esecuzione esami e accertamenti al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Consegna esiti al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Consegna medicinali e articoli sanitari urgenti al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali)
Consegna spesa al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali) Fino a 50,00 euro per Sinistro I costi dei generi alimentari acquistati sono a carico dell'Assicurato
Disbrigo pagamento utenze domiciliari	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 10 ore per Sinistro

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572

dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato **deve comunicare:**

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.
Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo è necessario il consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[3]. Nel momento in cui contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, l'Assicurato dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

MIGLIORARE LO STILE DI VITA TRAVEL

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Consulenza medica generica

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con i medici della Struttura Organizzativa.

La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Si ricorda che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia.

La Prestazione non è soggetta a limiti per annualità assicurativa.

Art. 1.2 Rientro sanitario e rientro della salma

Che cosa è assicurato

Se le condizioni dell'Assicurato in viaggio, a seguito di Infortunio o malattia improvvisa, accertate tramite contatti diretti o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto, rendono necessario il rientro in Italia per il ricovero in Istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa organizza a proprie spese il trasporto con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, in classe economica e se necessario in barella;
- treno, in prima classe e se necessario in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, se ha provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedergli l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

In caso di decesso dell'Assicurato la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Se è necessario riconoscere il corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscono il trasporto, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.

Che cosa NON è assicurato

In caso di rientro sanitario, la Prestazione non è prevista in caso di:

- **infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;**
- **malattie infettive se il trasporto comporta violazione di norme nazionali o internazionali.**

In caso di rientro della salma, la Prestazione non comprende le spese per l'eventuale recupero della salma e per la cerimonia funebre.

Ci sono limiti di copertura

Il rientro sanitario da paesi diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, da tutti i paesi europei e dai paesi del Bacino del Mediterraneo (Algeria, Cipro, Egitto, Isole Canarie, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia, Turchia) si effettua solo con aereo di linea in classe economica.

Dove vale la copertura

La Prestazione del trasporto della salma non opera inoltre in Bielorussia, Cocos, Corea del Nord, Crimea, Donetsk, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Iran, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kherson, Kiribati, Lugansk, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Russia, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Siria, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Zaporizhzhia.

Art. 1.3 Rientro degli altri Assicurati

Che cosa è assicurato

In caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della Prestazione Rientro sanitario e rientro della salma, se le persone assicurate che viaggiano con lui non possono rientrare con il mezzo inizialmente stabilito, la Struttura Organizzativa fornisce loro, per il rientro dal viaggio alla propria residenza, un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica).

La Struttura Organizzativa ha il diritto di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a:

- **210,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino, dallo Stato Città del Vaticano;**
- **420,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'estero.**

Art. 1.4 Rientro con compagno di viaggio assicurato

Che cosa è assicurato

In caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della Prestazione Rientro sanitario e rientro della salma, per il quale i medici della Struttura Organizzativa non ritengono necessaria l'assistenza sanitaria durante il trasporto, è organizzato il viaggio di rientro alla sua residenza o al luogo di ricovero in Italia con un compagno di viaggio (anch'esso assicurato) con lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato.

La Struttura Organizzativa ha il diritto di richiedere al compagno di viaggio Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese di soggiorno del compagno di viaggio.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a:

- **210,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino, dallo Stato Città del Vaticano;**
- **420,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'estero**.

Art. 1.5 Rientro anticipato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato in viaggio è costretto a rientrare alla propria residenza prima della data programmata e con un mezzo di trasporto diverso da quello inizialmente previsto a causa del decesso (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di un familiare (solo se si tratta di coniuge, persona unita civilmente, convivente di fatto[4], figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Struttura Organizzativa, fornisce a proprie spese un biglietto per il rientro – con treno in prima classe o aereo in classe economica – fino al luogo del decesso, del ricovero o dell'inumazione.

La Prestazione è valida anche quando incendio, esplosione, scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto provocano all'abitazione dell'Assicurato danni tali da renderne necessario il rientro anticipato con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto.

Se l'Assicurato si trova in viaggio con un minore, se anche quest'ultimo è assicurato, è organizzato il rientro anticipato per entrambi.

Se l'Assicurato, per rientrare anticipatamente, è costretto ad abbandonare il proprio veicolo, è messo a sua disposizione un ulteriore biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) per il successivo recupero del veicolo stesso.

Ci sono limiti di copertura

A rientro effettuato, se l'Assicurato non è in grado di fornire la documentazione che comprova la causa del rientro, deve rimborsare le spese sostenute dalla Struttura Organizzativa.

Art. 1.6 Accompagnamento minori in viaggio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato in viaggio, a seguito di Infortunio o malattia, non può occuparsi dei figli minori di 15 anni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa fornisce, a sue spese, un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

Art. 1.7 Viaggio di un familiare

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato in viaggio è ricoverato in Istituto di cura a seguito di Infortunio o malattia improvvisa e i medici ritengono che non è trasferibile prima di 7 giorni, la Struttura Organizzativa, a proprie spese, mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di Ricovero.

La Struttura Organizzativa prenota se necessario un albergo sul posto per il familiare dell'Assicurato ricoverato.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese di albergo diverse da pernottamento e prima colazione.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 250,00 euro.

Art. 1.8 Anticipo spese di prima necessità

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato deve sostenere delle spese impreviste in conseguenza di furto, rapina, danneggiamento, mancata consegna del bagaglio, malattia improvvisa o infortunio, la Struttura Organizzativa provvede per suo conto al pagamento, quale anticipo, di fatture/ricevute per le quali l'Assicurato non è in grado di provvedere.

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi dalla Prestazione i trasferimenti di valuta all'estero che comportano violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Per la Prestazione la Struttura Organizzativa anticipa fino a 5.000,00 euro

Come opera la copertura

Questa Prestazione è corrisposta compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel Paese in cui si trova momentaneamente l'Assicurato. L'Assicurato deve restituire l'importo alla Struttura Organizzativa al suo rientro non oltre 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Se non provvede entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto l'anticipo, deve pagare anche gli interessi al tasso bancario corrente.

Art. 1.9 Anticipo cauzione penale

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato è arrestato o minacciato di arresto ed è tenuto a versare alle autorità straniere una cauzione penale per essere rimesso in libertà e non può provvedere, la Struttura Organizzativa paga sul posto la cauzione penale come anticipo per conto dell'Assicurato.

Come opera la copertura

Questa Prestazione opera compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel Paese in cui si trova momentaneamente l'Assicurato.

L'Assicurato deve restituire l'importo alla Struttura Organizzativa al suo rientro non oltre 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Se non provvede entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto l'anticipo, deve pagare anche gli interessi al tasso bancario corrente.

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi dalla Prestazione:

- **il trasferimento di valuta all'estero che comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;**
- **il caso in cui l'Assicurato non è in grado di fornire in Italia alla Struttura Organizzativa adeguate garanzie di restituzione.**

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa anticipa il pagamento della cauzione penale fino a 5.000,00 euro.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

- **a) in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
- **b) in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
- **c) in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- **d) per dolo dell'Assicurato;**
- **e) per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Generali Italia fornisce le prestazioni per un massimo di tre volte per annualità assicurativa, fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione e con i limiti previsti dalle singole Prestazioni.

Tutte le Prestazioni operano solo se ogni periodo di permanenza continuativa all'estero, nel corso di ciascun annualità assicurativa di validità della Garanzia, non supera i 60 giorni.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazione	Limite alla prestazione
Consulenza medica generica	-
Rientro sanitario e rientro della salma	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Rientro degli altri Assicurati	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Fino a 210,00 euro per rientro dall'Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano Fino a 420,00 euro per rientro dall'estero
Rientro con compagno di viaggio assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Fino a 210,00 euro per rientro dall'Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano Fino a 420,00 euro per rientro dall'estero
Rientro anticipato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Accompagnamento minori in viaggio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Viaggio di un familiare	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Fino a 250,00 euro
Anticipo spese di prima necessità	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Fino a 5000,00 euro
Anticipo cauzione penale	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Fino a 5.000,00 euro

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in tutto il mondo, se non indicato un diverso ambito di operatività per la singola Prestazione. In ogni caso le Prestazioni **non operano** nei Paesi:

- che si trovano in stato di guerra dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi:
  - indicati nel sito https://www.redion.it/paesi-in-stato-di-belligeranza che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0";
  - quelli il cui stato di guerra è noto e del quale è stata data pubblica notizia;
- nei quali, al momento della denuncia di Sinistro o richiesta di assistenza, ci sono tumulti popolari;
- dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le Prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le prestazioni solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572

dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato deve comunicare:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.

Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[5]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

PRENDERSI CURA START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Invio personale sanitario al domicilio

Art. 1.1.1 Invio di un medico generico al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un medico e non riesce a trovarlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico convenzionato sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi.

Art. 1.1.2 Invio di un medico specialista al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di una visita specialistica domiciliare urgente e non riesce a rintracciare il proprio medico specialista abituale, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico convenzionato sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino tramite autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 1 visita per Sinistro.

La Prestazione opera entro i seguenti orari:
- **nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00;**
- **sabato e prefestivi dalle ore 14:00 alle ore 24:00;**
- **nei giorni festivi 24 ore su 24.**

Art. 1.1.3 Invio di un infermiere al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di essere assistito da un infermiere, può contattare la Struttura Organizzativa che, previo ricevimento di certificato medico attestante la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare, invia all'Assicurato un infermiere sostenendone le spese.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 15 ore per Sinistro.

Art. 1.1.4 Invio di un fisioterapista al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici o per riabilitazione cardiovascolare di base che derivano da Infortunio, ha bisogno dell'assistenza di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa invia al suo domicilio un fisioterapista a sue spese.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 5 sedute per Sinistro. Eventuali eccedenze sono regolate tra l'Assicurato e il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 1.1.5 Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato dopo la Prestazione di Invio fisioterapista al domicilio, ha bisogno di proseguire le sedute fisioterapiche, può

contattare la Struttura Organizzativa, che invia al suo domicilio il fisioterapista.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa per un massimo di ulteriori 10 sedute per Sinistro.

Eventuali eccedenze sono regolate tra l'Assicurato e il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 1.1.6 Invio di un fisiatra al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, in caso di Infortunio o malattia che ha comportato un ricovero ospedaliero, ha bisogno secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, dell'invio al domicilio di un fisiatra, può contattare la Struttura Organizzativa, che organizza a proprie spese la visita.

Ci sono limiti di copertura

Per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Art. 1.2 Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, ha bisogno di un trasporto dall'istituto di cura presso il quale è ricoverato al domicilio, la Struttura Organizzativa invia un'autoambulanza o anche un taxi per permettere all'Assicurato, e a un eventuale accompagnatore, di raggiungere il domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa nel limite di:
- **300 chilometri di percorso complessivo (andata e ritorno) per l'autoambulanza;**
- **150,00 euro per il taxi.**

Art. 1.3 Trasferimento in istituto di cura specialistico

Che cosa è assicurato

In caso di patologia riscontrata all'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia per cui è stato necessario il suo Ricovero in una struttura ospedaliera della Regione di residenza, se le condizioni dell'Assicurato - **tramite contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante** - a seguito di infortunio o malattia, richiedono il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto **non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza,** la Struttura Organizzativa provvede a sue spese a:
- individuare e prenotare l'Istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista:
- **per svolgere terapie riabilitative;**
- **quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali.**

Art. 1.4 Rientro dall'istituto di cura

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, dimesso dall'Istituto di cura in Italia dopo almeno una notte di ricovero per Infortunio o malattia (dopo la Prestazione Trasferimento in Istituto di cura specialistico), non è in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa, il trasporto include anche l'assistenza di un medico o di un paramedico.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione vale a oltre 50 Km dal Comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 1.5 Second Opinion (consulto di alta specializzazione)

Che cosa è assicurato

In caso di necessità l'Assicurato può contattare la Centrale Operativa per chiedere un secondo parere medico di qualità a seguito di una diagnosi, o test diagnostici.

La second opinion è fornita tramite le Strutture mediche Convenzionate, nei seguenti ambiti:

- Oncologico,
- Cardiologico,
- Generalista.

Ci sono limiti di copertura

È previsto un solo parere medico per Assicurato per annualità assicurativa.

Il servizio è previsto per gli Assicurati di età superiore ai 15 anni.

L'Assicurato deve fornire tutta la documentazione medica in suo possesso per una corretta prestazione del servizio.

Art. 1.6 Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver

Che cosa è assicurato

Il servizio permette all'Assicurato, **in qualità di caregiver (assistente familiare)** di un familiare anziano o non autosufficiente, di contattare la centrale operativa del partner commerciale di Welion (di seguito il "Partner") dedicata all'ascolto delle sue esigenze e di quelle dei suoi familiari anziani o non autosufficienti.

La centrale operativa del Partner, sulla base della situazione esistente rappresentata dall'Assicurato caregiver al momento della chiamata, fornisce all'Assicurato caregiver:

- informazioni sulle agevolazioni pubbliche previste in tema di non autosufficienza (per esempio Legge 104/92, indennità monetarie e i servizi socio-assistenziali e sanitari) e
- ascolto e supporto per la gestione dei familiari anziani o non autosufficienti.

L'Assicurato caregiver **deve avere a disposizione la documentazione anagrafica e sanitaria relativa al familiare anziano o non autosufficiente.**

Ci sono limiti di copertura

L'Assicurato può contattare la centrale operativa del Partner tramite il numero telefonico disponibile all'interno dell'Area Clienti dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 (esclusi festivi).
Il servizio non è attivo per i casi di emergenza per cui è previsto il numero unico nazionale 112.

Art. 1.7 Care manager (consulente sociosanitario)

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha subito un Infortunio o malattia e ha bisogno di una consulenza socio-assistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato e con i familiari, valuta le diverse esigenze di cura. Se lo ritiene necessario, il Care manager può organizzare un sopraluogo presso l'abitazione dell'Assicurato.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager comunica all'Assicurato per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni su:

- piano di cura più opportuno per le sue condizioni, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri da monitorare;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari/sociali presso le strutture del territorio, compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.8 Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato un Ricovero, in seguito a valutazione del Care manager e secondo quanto prescritto dal medico curante, ha bisogno di proseguire il ricovero in forma domiciliare, può contattare la Struttura Organizzativa.

Accertata la necessità della Prestazione, le modalità per l'accesso e la fornitura del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dal Care manager e dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione è fornita per un massimo di:

- **5 giorni a seguito di Ricovero senza intervento chirurgico;**
- **10 giorni a seguito di Ricovero con intervento chirurgico.**

I giorni devono essere continuativi e non sono frazionabili.

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.

Art. 1.9 Telemonitoraggio

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, dopo la Prestazione di Assistenza domiciliare integrata post ricovero e su richiesta scritta del suo medico curante, può attivare la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare e gestire l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di monitoraggio di alcuni dati clinici utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa sostiene le spese del sistema di telemonitoraggio fino a un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.

Sono a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare la Prestazione è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

Art. 1.10 Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro)

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha subìto un Infortunio con lesioni fisiche tali che non può più svolgere la propria attività lavorativa come certificato da un'Invalidità permanente totale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un coach esperto in consulenza in ambito lavorativo, che organizza **6 sessioni individuali di un'ora ciascuna** per supportarlo nel percorso di ricollocazione professionale.

Oggetto delle sessioni sono le seguenti tematiche:

ANALISI
- Presentazione del percorso.
- Analisi persona e profilo professionale.
- Bilancio competenze.
- Orientamento e ridefinizione obiettivo professionale.

PREPARAZIONE
- Confronto con il mercato.
- Definizione gap da colmare.
- Definizione degli strumenti di self-marketing.
- Individuazione canali di contatto.

CAMPAGNA DI RICERCA
- Analisi opportunità.
- Preparazione ai colloqui.

FOLLOW UP
- Monitoraggio delle attività intraprese.
- Individuazione azioni di miglioramento.

Ci sono limiti di copertura

Il percorso ha una durata massima di 4 mesi dalla data di attivazione della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
b) **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
c) **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
d) **per dolo dell'Assicurato;**
e) **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Per la Second Opinion non sono previste esclusioni.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Fatte salve le condizioni particolari indicate per ciascuna Prestazione, Generali Italia fornisce le stesse tramite la Struttura Organizzativa di Redion Italy Insurance S.p.A. per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e in ogni caso e fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazione	Limiti alla prestazione
Invio personale sanitario al domicilio:	
• Invio di un medico generico al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi.
• Invio di un medico specialista al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 1 visita per Sinistro
• Invio di un infermiere al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 15 ore per Sinistro
• Invio di un fisioterapista al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 sedute per Sinistro
• Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 10 sedute
• Invio di un fisiatra al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa

Prestazione	Limiti alla prestazione
Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni	Massimo 3 volte per annualità assicurativa 300 km complessivi andata e ritorno per autombulanza Fino a 150,00 euro per il taxi
Trasferimento in istituto di cura specialistico	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Rientro dall'istituto di cura	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Oltre i 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato
Second Opinion	Massimo 1 volta per Assicurato per annualità assicurativa
Care manager (consulente sociosanitario)	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Assistenza domiciliare in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa 5 giorni per ricovero senza intervento 10 giorni per ricovero con intervento
Telemonitoraggio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo per 15 giorni
Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro)	Il percorso ha una durata massima di 4 mesi. 6 sessioni della durata di 1 ora ciascuna

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.
Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le Prestazioni che prevedono un viaggio di rientro operano solo per gli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può usufruire dei servizi **Second Opinion** e **Caregiver (assistente familiare): Sportello di orientamento per caregiver** tramite l'Area Clienti dal sito **www.cattolica.it** o dall'App MyCattolica.
Per usufruire dei servizi tramite canale telefonico, l'Assicurato può contattare i numeri telefonici disponibili nell'Area Clienti
Per **tutte le altre Prestazioni**, l'Assicurato deve contattare la **Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572

dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato deve comunicare:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;

e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.

Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[6]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

PRENDERSI CURA START - A VITA

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Invio personale sanitario al domicilio

Art. 1.1.1 Invio di un medico generico al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, **a seguito di Infortunio o malattia**, ha bisogno di un medico e non riesce a trovarlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico convenzionato sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino, mediante autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi.

Art. 1.1.2 Invio di un medico specialista al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, **a seguito di Infortunio o malattia**, ha bisogno di una visita specialistica domiciliare urgente e non riesce a reperire il proprio medico specialista abituale, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un medico convenzionato sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato al centro medico idoneo più vicino, mediante autoambulanza.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di una visita per Sinistro.

La Prestazione opera entro i seguenti orari:

- **nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00;**
- **sabato e prefestivi dalle ore 14:00 alle ore 24:00;**
- **nei giorni festivi 24 ore su 24.**

Art. 1.1.3 Invio di un infermiere al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, **a seguito di Infortunio o malattia**, ha bisogno di essere assistito da un infermiere, può contattare la Struttura Organizzativa che, previo ricevimento di **certificato medico** che attesta la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare, invia all'Assicurato un infermiere sostenendone le spese.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro.

Art. 1.1.4 Invio di un fisioterapista al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, **a seguito di traumi o fratture semplici** e/o **per riabilitazione cardiovascolare** di base **che derivano da Infortunio**, ha bisogno dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede a inviare al suo domicilio un fisioterapista a sue spese.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 5 sedute per Sinistro.

Eventuali eccedenze sono regolate tra l'Assicurato e il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 1.1.5 Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato dopo la Prestazione di Invio fisioterapista al domicilio, ha bisogno di proseguire le sedute fisioterapiche, può contattare la Struttura Organizzativa che invia al suo domicilio il fisioterapista.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa per un massimo di ulteriori 10 sedute per Sinistro.

Eventuali eccedenze sono regolate tra l'Assicurato e il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 1.1.6 Invio di un fisiatra al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato **in caso di Infortunio o malattia** che ha comportato un **Ricovero ospedaliero**, ha bisogno, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, dell'invio al domicilio di un fisiatra, può contattare la Struttura Organizzativa che organizza a proprie spese la visita.

Ci sono limiti di copertura

Per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa per un massimo di un'uscita per Sinistro.

Art. 1.2 Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, **a seguito di Infortunio o malattia**, ha bisogno di un trasporto dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede a inviare un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e a un eventuale accompagnatore, di raggiungere il domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa nel limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata e ritorno) per l'autoambulanza e fino a 150,00 euro per il taxi.

Art. 1.3 Trasferimento in istituto di cura specialistico

Che cosa è assicurato

Se le condizioni dell'Assicurato - **accertate mediante contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante** - a seguito di **Infortunio o malattia**, richiedono il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvede a sue spese:

- a individuare e a prenotare l'Istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- a organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista in caso di trasferimenti per svolgere terapie riabilitative e quelli in cui il trasporto implica la violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 1.4 Rientro dall'istituto di cura

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, dimesso dall'Istituto di cura in Italia dopo **almeno una notte di Ricovero per Infortunio o malattia** (dopo la Prestazione Trasferimento in Istituto di cura specialistico), non è in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza di un medico o di un paramedico.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione vale a oltre 50 Km dal Comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 1.5 Care manager (consulente sociosanitario)

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha subito un **Infortunio o malattia** e ha bisogno di una consulenza socio-assistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato e con i familiari, valuta le diverse esigenze di cura. Se lo ritiene necessario, il Care manager può organizzare un sopraluogo presso l'abitazione dell'Assicurato.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager comunica all'Assicurato per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni su:

- piano di cura più opportuno per le sue condizioni, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri da monitorare;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture del territorio compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Art. 1.6 Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di Ricovero ospedaliero**, si trova in condizioni di **non autosufficienza** nel compimento degli **atti elementari della vita quotidiana** e ha **bisogno di assistenza in forma domiciliare**, può contattare la Struttura Organizzativa.

Per **non autosufficienza** nel compimento degli atti **elementari della vita quotidiana** si intende **l'impossibilità di gestire autonomamente, senza l'assistenza di un'altra persona, 3 delle 6 funzioni della vita quotidiana** di seguito elencate.

- **Farsi il bagno o la doccia**: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo.
- **Vestirsi e svestirsi**: capacità di indossare, togliersi, allacciare o slacciare ogni tipo di indumento e se necessario anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici.
- **Igiene del corpo**: autonomia nell'uso dei servizi (andare alla toilette, pulirsi, rivestirsi).
- **Mobilità**: capacità di passare dal letto a una sedia o sedia a rotelle e viceversa e di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano.
- **Continenza:** capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.
- **Bere e mangiare**: capacità di bere e di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

Accertata la necessità della Prestazione, le modalità per l'accesso e la fornitura del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dal Care manager e dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico, socio-sanitario e/o socio-assistenziale, individuando e segnalando secondo le disponibilità il personale idoneo.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione è fornita per un **massimo di 30 giorni**.
I giorni devono essere **continuativi e non sono frazionabili**.
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.**

Art. 1.7 Telemonitoraggio

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, dopo la Prestazione di Assistenza domiciliare integrata post ricovero e su richiesta scritta del suo medico curante, può attivare la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare e gestire l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di monitoraggio di alcuni dati clinici utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa sostiene le spese del sistema di telemonitoraggio fino a un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Sono a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare la Prestazione è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

Art. 1.8 Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro)

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha subìto un **Infortunio con lesioni fisiche** tali per cui non può più svolgere la propria attività lavorativa come **certificato da un'invalidità permanente totale**, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un esperto in consulenza in ambito lavorativo che organizza **6 sessioni individuali di un'ora ciascuna** per supportarlo nel percorso di ricollocazione professionale.

Oggetto delle sessioni sono le seguenti tematiche:

ANALISI
- Presentazione del percorso.
- Analisi persona e profilo professionale.
- Bilancio competenze.
- Orientamento e ridefinizione obiettivo professionale.

PREPARAZIONE
- Confronto con il mercato.
- Definizione gap da colmare.
- Definizione degli strumenti di self-marketing.
- Individuazione canali di contatto.

CAMPAGNA DI RICERCA
- Analisi opportunità.
- Preparazione ai colloqui.

FOLLOW UP
- Monitoraggio delle attività intraprese.
- Individuazione azioni di miglioramento.

Ci sono limiti di copertura

Il percorso ha una durata massima di 4 mesi dalla data di attivazione della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
b) **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
c) **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
d) **per dolo dell'Assicurato;**
e) **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Fatte salve le condizioni particolari indicate per ciascuna Prestazione, Generali Italia fornisce le stesse tramite la Struttura Organizzativa di Redion Italy Insurance S.p.A. per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e in

ogni caso fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti particolari di seguito riportati.

Prestazione	Limiti alla prestazione
Invio personale sanitario al domicilio:	
• Invio di un medico generico al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa La Prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e nei giorni festivi.
• Invio di un medico specialista al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 1 visita per Sinistro
• Invio di un infermiere al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 ore per Sinistro
• Invio di un fisioterapista al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 sedute per Sinistro
• Invio di un fisioterapista post infortunio sportivo al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 10 sedute
• Invio di un fisiatra al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 1 uscita per Sinistro.
Trasporto al domicilio in seguito a dimissioni	Massimo 3 volte per annualità assicurativa 300 km complessivi andata e ritorno per autombulanza Fino a 150,00 euro per il taxi
Trasferimento in istituto di cura specialistico	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Rientro dall'istituto di cura	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Oltre i 50 km dal Comune di residenza dell'Assicurato
Care manager (consulente sociosanitario)	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino 80 anni	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo per 30 giorni
Telemonitoraggio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo per 15 giorni
Job Coaching (consulente in orientamento al lavoro)	Il percorso ha una durata massima di 4 mesi. 6 sessioni della durata di 1 ora ciascuna

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato

Città del Vaticano.

Le Prestazioni che prevedono un viaggio di rientro operano solo per gli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Quando e come devo pagare?

Art. 5.1 Adeguamento del premio in funzione dell'età dell'Assicurato

È previsto l'adeguamento annuale del Premio in funzione dell'avanzamento dell'età dell'Assicurato.

L'adeguamento si applica **dopo la scadenza iniziale di 5 anni** con i seguenti criteri:

- aumento del 3% rispetto all'annualità assicurativa precedente, fino all'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 64 anni di età;
- aumento del 5% rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 65 anni di età.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le Prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato deve comunicare:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.
Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dala normativa sulla protezione dei dati personali[7]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

PRENDERSI CURA FAMILY

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, non ha la possibilità di contattare il proprio familiare anziano o di comunicare con lui, la Struttura Organizzativa stabilisce in accordo con l'Assicurato un programma di chiamate telefoniche nel periodo della sua temporanea assenza per stimolare l'attività relazionale del familiare anziano.

La Struttura Organizzativa, dopo aver concordato con l'Assicurato un orario di chiamata compreso **tra le ore 09:00 e le ore 18:00**, provvede a telefonare **giornalmente** al familiare anziano.

La Struttura Organizzativa effettua **3 tentativi** di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvede ad avvisare l'Assicurato o la persona da lui designata in caso di mancato contatto.

La telefonata non è effettuata da personale sanitario e **non è finalizzata alla valutazione dello stato di salute** del familiare anziano a gestire eventuali situazioni di emergenza o urgenza. La Struttura Organizzativa non contatta alcun servizio di emergenza o urgenza.

Ci sono limiti di copertura

L'Assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.

Le chiamate possono essere effettuate per un massimo di 30 giorni.

Art. 1.2 Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato un Ricovero di almeno una notte, non è più in grado di prendersi cura del familiare anziano non autosufficiente o del figlio disabile e ha bisogno di una consulenza socioassistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico, valuta le diverse esigenze di cura.

Il Care manager, se lo ritiene necessario, organizza un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano o presso l'abitazione dell'Assicurato in caso di figlio disabile.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager fornisce per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni su:

- piano di cura più opportuno per le condizioni del familiare anziano o del figlio disabile, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri del familiare anziano o del figlio disabile da monitorare;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari/sociali presso le strutture del territorio, compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Ci sono limiti di copertura

Per poter forinire la Prestazione è necessario avere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

L'Assicurato può richiedere la Prestazione per uno solo dei suoi familiari anziani o figli disabili.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 e una sola volta per annualità assicurativa.

Art. 1.3 Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano

Che cosa è assicurato

Se il familiare anziano dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, non è più autosufficiente e l'Assicurato ha bisogno di una consulenza socioassistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato e con il familiare, valuta le diverse esigenze di

cura. Il Care manager, se lo ritiene necessario, organizza un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni:

- piano di cura più opportuno per le condizioni del familiare anziano, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri del familiare anziano da monitorare;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture del territorio compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Ci sono limiti di copertura

Per poter fornire la Prestazione è necessario avere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.
L'Assicurato può richiedere la Prestazione per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 e una sola volta per annualità assicurativa.

Art. 1.4 Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che ha comportato un ricovero ospedaliero di almeno una notte, non può accudire il familiare anziano non autosufficiente o il figlio disabile e ha bisogno di attivare per lui un'assistenza domiciliare, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno).
Accertata la necessità della prestazione da parte del Care manager, le modalità per l'accesso e la prestazione del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico.
Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante del familiare e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione è fornita per un massimo di:

- **5 giorni a seguito di Ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato;**
- **10 giorni a seguito di Ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato.**

I giorni devono essere continuativi e non sono frazionabili.

Art. 1.5 Telemonitoraggio per il familiare anziano o il figlio disabile

Che cosa è assicurato

Se, a seguito di valutazione del Care manager, si rende necessaria l'attivazione di un sistema di monitoraggio dei dati clinici del familiare anziano o del figlio disabile, l'Assicurato può attivare la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare e gestirne l'invio presso il domicilio.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa sostiene le spese del sistema di telemonitoraggio fino a un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.

Sono a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare la Prestazione è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

Art. 1.6 Supporto scolastico allo studente assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato minore di 13 anni, a seguito di Infortunio o malattia che comporta un'assenza da scuola superiore a 30 giorni di lezione continuativi come da certificazione, ha bisogno di ricevere il supporto di un insegnante per rimettersi in pari con le lezioni scolastiche, può contattare la Struttura Organizzativa che invia al domicilio un insegnante. Se non è possibileinviare

un insegnante, la Struttura Organizzativa, a seguito di presentazione di relativa documentazione, rimborsa le spese sostenute.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 7 ore complessive nell'arco di 4 settimane, che possono essere utilizzate dalle ore 09:00 alle ore 18:00.

Se non è possibile inviare un insegnante, la Struttura Organizzativa, a seguito di presentazione di relativa documentazione, rimborsa le spese sostenute fino a 300,00 euro per Sinistro.

Art. 1.7 Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che comporta un ricovero superiore a 3 giorni**, non può accudire il bambino minore di 14 anni o il figlio disabile (affetto da disabilità non grave e che non necessita di personale medico o infermieristico), la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una o di un baby sitter/assistente domiciliare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali. Nel caso di figlio disabile deve essere prodotta idonea documentazione medica che comprova la disabilità.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 1.8 Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, non può accudire il familiare convivente di età superiore ai 75 anni, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, invia un Operatore Socio Sanitario o segnala la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (badante), compatibilmente con le disponibilità locali.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e old sitter inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 1.9 Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo

Che cosa è assicurato

Se il figlio minore dell'Assicurato ha subìto atti di Cyberbullismo e ha bisogno di supporto psicologico, la Struttura Organizzativa provvede direttamente o attraverso il medico curante dell'Assicurato a segnalare uno psicologo.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 6 sedute.

Art. 1.10 Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia che comporta un Ricovero superiore a 1 giorno, non può accompagnare a scuola i figli minori di 13 anni, può contattare la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il trasporto in taxi del minore dal domicilio fino all'istituto scolastico e ritorno.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa organizza fino a un massimo di 5 trasporti (andata e ritorno). In caso di impossibilità di organizzare il trasporto, la Struttura Organizzativa, se ne ricorrono i presupposti, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino a un massimo di 50,00 euro per singolo trasporto.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

- **a) in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
- **b) in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
- **c) in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- **d) per dolo dell'Assicurato;**
- **e) per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Fatte salve le condizioni particolari indicate per ciascuna Prestazione, Generali Italia fornisce le stesse tramite la Struttura Organizzativa di Redion Italy Insurance S.p.A. per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e in ogni caso fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazione	Limiti alla prestazione
Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 Una sola volta per annualità assicurativa per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano o figlio disabile.
Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 Una sola volta per annualità assicurativa per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano.
Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 giorni a seguito di ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato Massimo 10 giorni a seguito di ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato I giorni devono essere continuativi e non frazionabili.
Telemonitoraggio per il familiare anziano o figlio disabile	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo per 15 giorni

Supporto scolastico allo studente assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 7 ore in 4 settimane utilizzabili dalle 9 alle 18:00 (se la Struttura Organizzativa non può fornire l'insegnante, le spese sono rimborsate fino a 300,00 euro)
Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e old sitter inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.
Supporto psicologico del minore per cyberbullismo	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 6 sedute
Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 trasporti (andata e ritorno) In caso di impossibilità ad organizzare il trasporto la Struttura Organizzativa, previa propria autorizzazione, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino a un massimo di 50,00 euro per singolo trasporto.

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le Prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato **deve comunicar**e:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.

Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[8]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, 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.

PRENDERSI CURA FAMILY A VITA

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, non ha la possibilità di contattare il proprio familiare anziano o di comunicare con lui, la Struttura Organizzativa stabilisce in accordo con l'Assicurato un programma di chiamate telefoniche nel periodo della sua temporanea assenza per stimolare l'attività relazionale del familiare anziano.

La Struttura Organizzativa, dopo aver concordato con l'Assicurato un orario di chiamata compreso **tra le ore 09:00 e le ore 18:00**, provvede a telefonare **giornalmente** al familiare anziano.

La Struttura Organizzativa effettua **3 tentativi** di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvede ad avvisare l'Assicurato o la persona da lui designata in caso di mancato contatto.

La telefonata non è effettuata da personale sanitario e **non è finalizzata alla valutazione dello stato di salute** del familiare anziano o a gestire eventuali situazioni di emergenza o urgenza. La Struttura Organizzativa non contatta alcun servizio di emergenza o urgenza.

Ci sono limiti di copertura

L'Assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.
Le chiamate possono essere effettuate per un massimo di 30 giorni.

Art. 1.2 Care manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che ha comportato un Ricovero di almeno 2 notti**, non è più in grado di prendersi cura del familiare anziano non autosufficiente o del figlio disabile e ha bisogno di una consulenza socioassistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager, che dopo un approfondito colloquio telefonico, valuta le diverse esigenze di cura.

Il Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno), se lo ritiene necessario, organizza un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano o presso l'abitazione dell'Assicurato in caso di figlio disabile.

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni su:

- piano di cura più opportuno per le condizioni del familiare anziano o del figlio disabile, comprese le corrette figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- parametri del familiare anziano o del figlio disabile da monitorare;
- dove trovare gli ausili e i presidi necessari;
- come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture del territorio, compresi gli uffici ai quali rivolgersi;
- come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Ci sono limiti di copertura

Per poter fornire la Prestazione è necessario avere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

L'Assicurato può richiedere la Prestazione per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano o figlio disabile.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 e una sola volta per annualità assicurativa.

Art. 1.3 Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano

Che cosa è assicurato

Se il familiare anziano dell'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia,** non è più autosufficiente e l'Assicurato ha bisogno di una consulenza socio assistenziale, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua

condizione di bisogno), che dopo un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato e con il familiare, valuta le diverse esigenze di cura. Il Care manager, se lo ritiene necessario, organizza un sopralluogo presso l'abitazione del familiare anziano.

Al termine delle sue valutazioni, il Care manager, restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico le indicazioni:

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

Il Care manager può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Ci sono limiti di copertura

Per poter fornire la prestazione è necessario avere il consenso del familiare anziano o di chi ne fa le veci.

L'Assicurato può richiedere la Prestazione per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano.

La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 e una sola volta per annualità assicurativa.

Art. 1.4 Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che ha comportato un ricovero ospedaliero di almeno 2 notti**, non può accudire il familiare anziano non autosufficiente o il figlio disabile e ha bisogno di attivare un'assistenza domiciliare per il familiare, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un Care manager (professionista che analizza e valuta domande e bisogni dell'assistito per decidere insieme il programma d'azione per superare la sua condizione di bisogno).
Accertata la necessità della prestazione da parte del Care manager, le modalità per l'accesso e l'erogazione del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico.

Ci sono limiti di copertura

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.

La Prestazione è fornita per un massimo di:

- **5 giorni a seguito di Ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato;**
- **10 giorni a seguito di Ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato.**

I giorni devono essere continuativi e non sono frazionabili.

La Prestazione è valida fino a 80 anni dell'Assicurato.

Art. 1.5 Assistenza domiciliare integrata post ricovero dopo 80 anni

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che ha comportato almeno una notte di Ricovero ospedaliero**, si trova in condizioni di **non autosufficienza** nel compimento degli **atti elementari della vita quotidiana** e **ha bisogno di assistenza in forma domiciliare,** può contattare la Struttura Organizzativa.

Per **non autosufficienza** nel compimento degli **atti elementari della vita quotidiana** si intende **l'impossibilità di gestire autonomamente, senza l'assistenza di un'altra persona, 3 delle 6 funzioni della vita quotidiana** di seguito elencate.

- **Farsi il bagno o la doccia**: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo.
- **Vestirsi e svestirsi:** capacità di indossare, togliersi, allacciare o slacciare ogni tipo di indumento e se necessario anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici.
- **Igiene del corpo**: autonomia nell'uso dei servizi (andare alla toilette, pulirsi, rivestirsi).
- **Mobilità:** capacità di passare dal letto a una sedia o sedia a rotelle e viceversa e di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano.
- **Continenza:** capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di

igiene personale soddisfacente.
- **Bere e mangiare**: capacità di bere e di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

Accertata la necessità della Prestazione, le modalità per l'accesso e la fornitura del servizio sono definite, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, dal Care manager e dai medici della Struttura Organizzativa con l'intervento di proprio personale medico o paramedico, sociosanitario o socioassistenziale, individuando e segnalando secondo le disponibilità il personale idoneo.

Ci sono limiti di copertura

La Prestazione è fornita per un **massimo di 30 giorni**.

I giorni devono essere **continuativi e non sono frazionabili.**

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.**

Art. 1.6 Telemonitoraggio per il familiare anziano o il figlio disabile

Che cosa è assicurato

Se a seguito di valutazione del Care manager si rende necessaria l'attivazione di un sistema di monitoraggio dei dati clinici del familiare anziano o del figlio disabile, l'Assicurato può attivare la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare e gestirne l'invio presso il domicilio.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa sostiene le spese del sistema di telemonitoraggio fino a un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.

Sono a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare la Prestazione è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

Art. 1.7 Supporto scolastico allo studente assicurato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato minore di 13 anni, a seguito di **Infortunio o malattia che comporta un'assenza da scuola superiore a 30 giorni** di lezione **continuativi** come da **certificazione,** ha bisogno di ricevere il supporto di un insegnante per rimettersi in pari con le lezioni scolastiche, può contattare la Struttura Organizzativa, che invia al domicilio un insegnante. Se non è possibile inviare un insegnante, la Struttura Organizzativa, a seguito di presentazione di relativa documentazione, rimborsa le spese sostenute.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 7 ore complessive nell'arco di 4 settimane, che possono essere utilizzate dalle ore 09:00 alle ore 18:00.

Se non è possibile inviare un insegnante, la Struttura Organizzativa, a seguito di presentazione di relativa documentazione, rimborsa le spese sostenute fino a 300,00 euro per Sinistro.

Art. 1.8 Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che comporta un Ricovero di durata superiore a 3 giorni**, non può accudire il bambino minore di 14 anni o il figlio disabile (affetto da disabilità non grave e che non necessita di personale medico o infermieristico), la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una o di un baby sitter/assistente familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali.
Nel caso di figlio disabile deve essere prodotta idonea documentazione medica che comprova la disabilità.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 1.9 Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia,** non può accudire il familiare convivente di età superiore ai 75 anni, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia un operatore sociosanitario o segnala la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (badante), compatibilmente con le disponibilità locali.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 5 ore per Sinistro, che possono essere utilizzate in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e old sitter inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 1.10 Supporto psicologico per il minore per cyberbullismo

Che cosa è assicurato

Se il figlio minore dell'Assicurato ha subìto atti di Cyberbullismo e ha bisogno di supporto psicologico, la Struttura Organizzativa provvede direttamente o attraverso il medico curante dell'Assicurato a segnalare uno psicologo.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a un massimo di 6 sedute.

Art. 1.11 Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di **Infortunio o malattia che comporta un Ricovero di durata superiore a 1 giorno**, non può accompagnare a scuola i figli minori di 13 anni, può contattare la Struttura Organizzativa, che provvede a organizzare il trasporto in taxi del minore dal domicilio fino all'istituto scolastico e ritorno.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa organizza fino a un massimo di 5 trasporti (andata e ritorno). In caso di impossibilità a organizzare il trasporto, la Struttura Organizzativa, se ne ricorrono i presupposti, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino a un massimo di 50,00 euro per singolo trasporto.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) **in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;**
b) **in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;**
c) **in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
d) **per dolo dell'Assicurato;**
e) **per intervento di Pubbliche Autorità.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Fatte salve le condizioni particolari indicate per ciascuna Prestazione, Generali Italia fornisce le stesse tramite la Struttura Organizzativa di Redion Italy Insurance S.p.A. per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e in ogni caso fino a esaurimento dell'eventuale massimale indicato in ogni singola Prestazione.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazione	**Limiti alla prestazione**
Phone caring (programma di assistenza telefonica) familiare anziano	Massimo 3 volte per annualità assicurativa
Care Manager (consulente sociosanitario) per un familiare anziano o figlio disabile in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 Una sola volta per annualità assicurativa per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano o figlio disabile.
Care manager (consulente sociosanitario) per malattia o infortunio del familiare anziano	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 Una sola volta per annualità assicurativa per una sola persona tra quelle che rientrano nella definizione di familiare anziano.
Assistenza domiciliare per il familiare anziano o figlio disabile in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'Assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 giorni a seguito di ricovero senza intervento chirurgico dell'Assicurato; Massimo 10 giorni a seguito di ricovero con intervento chirurgico dell'Assicurato. I giorni devono essere continuativi e non frazionabili.
Assistenza domiciliare integrata post ricovero fino a 80 anni	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo per 30 giorni
Telemonitoraggio per il familiare anziano o figlio disabile	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo per 15 giorni
Supporto scolastico allo studente assicurato	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 7 ore in 4 settimane utilizzabili dalle 9 alle 18:00 (se la Struttura Organizzativa non può fornire l'insegnante, le spese sono rimborsate fino a 300,00 euro)
Invio di baby sitter/assistente familiare al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.
Invio di old sitter (assistente per l'anziano) al domicilio	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 ore per Sinistro, utilizzabili in non più di 5 giorni. Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e old sitter inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.
Supporto psicologico del minore per cyberbullismo	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 6 sedute
Accompagnamento figlio a scuola per ricovero genitore	Massimo 3 volte per annualità assicurativa Massimo 5 trasporti (andata e ritorno) In caso di impossibilità a organizzare il trasporto la Struttura Organizzativa, previa propria autorizzazione, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino a un massimo di 50,00 euro per singolo trasporto.

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale
Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando e come devo pagare?

Art. 5.1 Adeguamento del premio in funzione dell'età dell'Assicurato

È previsto l'adeguamento annuale del Premio in funzione dell'avanzamento dell'età dell'Assicurato.

L'adeguamento si applica **dopo la scadenza iniziale di 5 anni** con i seguenti criteri:

- aumento del 3% rispetto all'annualità assicurativa precedente, fino all'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 64 anni di età;
- aumento del 5% rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 65 anni di età.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le Prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato deve comunicare:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
   numero di Polizza;
c) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
d) indirizzo del luogo in cui si trova;
e) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.

Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[9]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

---

[2] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.
[3] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.
[4] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.
[5] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.
[6] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.
[7] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.
[8] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.
[9] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.

CONDIZIONI SPECIFICHE GARANZIE ATTIVATE

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Oggetto dell'assicurazione

Sono assicurate le persone indicate in Polizza per i rischi di Infortuni e Malattie.
Le Garanzie con le somme assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti relativi sono riportate in Polizza per ciascun Assicurato.

Art. 1.2 Assicurazione infortuni

Che cosa è assicurato

Si definisce Infortunio ogni evento dovuto a **causa fortuita**, violenta ed esterna che produce **Lesioni corporali accertabili in maniera oggettiva**.
Sono in copertura tutti gli eventi che hanno caratteristica di Infortunio e che **non sono esclusi**, compresi:

- gli Infortuni causati da imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (colpa grave dell'Assicurato);
- le Lesioni corporali che derivano da tumulti popolari, **se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva**;
- gli Infortuni subiti in stato di malore, incoscienza o vertigini;
- gli Infortuni che l'Assicurato subisce, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati **(questi eventi sono esclusi se è stato scelto l'ambito di operatività circolazione);**
- gli Infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche e inondazioni, **tranne quando l'Assicurato subisce l'Infortunio a seguito di tali eventi nel Comune di residenza.**

Nell'ambito di operatività della copertura sono inoltre assimilati a Infortunio:

a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
b) l'assideramento e il congelamento;
c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze se dovute a causa fortuita;
d) l'asfissia di origine non morbosa;
e) l'annegamento;
f) le conseguenze delle infezioni dovute a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **escluse le Malattie**;
g) le ustioni provocate da animali o da vegetali, gli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, **escluse la malaria e le conseguenze delle punture o morsi di zecca, aracnidi e roditori;**
h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa.

Sono comprese in copertura, se conseguenti a Infortunio e **se è stato scelto l'ambito di operatività h24, solo professionale oppure solo extraprofessionale**:

- le Lesioni muscolari, esclusi gli infarti;
- le ernie addominali da causa violenta **che si sono manifestate dopo l'attivazione delle Garanzie infortuni**. Per le ernie addominali da causa violenta, Generali Italia corrisponde solo:
  - un'indennità giornaliera da Ricovero per l'Intervento chirurgico di **1/1000 della somma assicurata** della Garanzia Invalidità permanente da infortunio e
  - un'indennità forfettaria di convalescenza post-intervento di **500,00 euro.**

  L'indennità giornaliera da Ricovero per l'Intervento chirurgico è valida anche in caso di Day surgery.
  Se l'ernia è tecnicamente non operabile, Generali Italia paga un'indennità per Invalidità permanente **non superiore al 10% della relativa somma assicurata,** con l'applicazione delle Franchigie di Polizza.

Che cosa NON è assicurato

Non sono comprese in copertura:

- **le rotture sottocutanee di tendini;**
- **le ernie discali;**
- **tutti i tipi di ernie diversi da quelle addominali da causa violenta o che si sono manifestate prima della stipula**

del contratto.

Ci sono limiti di copertura

In caso di ernie addominali da causa violenta l'indennità giornaliera da Ricovero per l'Intervento chirurgico è:
- riconosciuta se è stato scelto l'ambito di operatività h24, solo professionale oppure solo extraprofessionale
- corrisposta col limite di 150,00 euro.

Art. 1.3 Assicurazione malattie

Si intende per Malattia ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da Infortunio.

IN AUTONOMIA

IL CAPITALE
(SEZIONE BASE SEMPRE PRESENTE)

Che cosa è assicurato? Garanzia base

Art. 2.1 Invalidità permanente da infortunio

Che cosa è assicurato
La Garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo se l'Infortunio provoca all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.
Accertamento del grado
Il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali espresse nella **tabella di determinazione scelta** dall'Assicurato e indicata in Polizza, **secondo i seguenti criteri:**

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui alla tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, Generali Italia riconosce una percentuale di invalidità del 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di tabella sono diminuite in base al grado di invalidità che deriva dalle precedenti lesioni o menomazioni anche se non conosciute;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si applicano all'arto sinistro e viceversa;
- il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Se permane un residuo deficit visivo Generali Italia paga una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Se un singolo Infortunio interessa più arti o funzioni, l'invalidità complessiva è la somma delle singole invalidità fino a raggiungere il grado massimo del 100%.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio – tabella di determinazione ANIA
Se per l'Assicurato è indicato in Polizza "Per determinare l'Indennizzo si applica la tabella di determinazione ANIA", il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali di seguito riportate:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**DX**	**SX**
• un arto superiore:	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	

• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
Stenosi assoluta nasale:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12ª dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di Frattura di:	
• un metamero sacrale	3%
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'Invalidità permanente tiene conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio – tabella di determinazione INAIL
Se per l'Assicurato è indicato in Polizza "Per determinare l'Indennizzo si applica la tabella di determinazione INAIL", il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali previste dalla tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

Determinazione dell'Indennizzo
Per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per Invalidità permanente per il grado percentuale di invalidità accertata, **dopo aver applicato la Franchigia** scelta dall'Assicurato e indicata in Polizza.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Ci sono limiti di copertura
Si applica la Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato.



Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

Art. 2.2 Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore

Che cosa è assicurato
Se almeno un genitore o, in alternativa, l'eventuale convivente di fatto, come da **certificato di Stato di Famiglia**, ha acquistato la Garanzia Invalidità permanente da infortunio, la presente Garanzia opera gratuitamente per i figli minori di 10 anni indicati tra le persone assicurate in Polizza per la **somma assicurata di 25.000,00 euro**.
La Garanzia prevede l'erogazione di un Indennizzo se l'Infortunio provoca all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.

Accertamento del grado
Il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali espresse nella tabella di seguito riportata, secondo i seguenti criteri:

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali indicate nella tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità persa;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, Generali Italia riconosce una percentuale di invalidità del 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di tabella sono diminuite in base al grado di invalidità che deriva dalle precedenti lesioni o menomazioni anche se non conosciute;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si applicano all'arto sinistro e viceversa;
- il deficit visivo è valutato come risulta con correzione tollerata. Se rimane un residuo deficit visivo Generali Italia paga una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Se un singolo Infortunio interessa più arti o funzioni, l'invalidità complessiva è la somma delle singole invalidità, fino a raggiungere il grado massimo del 100%.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio – tabella di determinazione ANIA
Per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali di seguito riportate:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**DX**	**SX**
• un arto superiore:	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%

• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
• dell'anca in posizione favorevole	35%	
• del ginocchio in estensione	25%	
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un occhio	25%	
• ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
• un orecchio	10%	
• ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi assoluta nasale:		
• monolaterale	4%	
• bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale	12%	
• una vertebra dorsale	5%	
• 12ª dorsale	10%	
• una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di:		
• un metamero sacrale	3%	
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica:		
• di un rene	15%	
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'Invalidità permanente è effettuata tenendo

conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa.

Determinazione dell'Indennizzo
Per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per Invalidità permanente per il grado percentuale di invalidità accertata, **dopo aver applicato la Franchigia.**
Se per l'Assicurato è attivata anche la Garanzia Invalidità permanente da infortunio con la relativa somma assicurata, gli Indennizzi dovuti in base alle due Garanzie si sommano.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Ci sono limiti di copertura
In caso di Invalidità permanente accertata in base ai criteri previsti dalla copertura assicurativa di grado pari o inferiore al 25%, Generali Italia non paga alcun Indennizzo.

Art. 2.3 Invalidità permanente da malattia

Che cosa è assicurato
La Garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo se la Malattia denunciata provoca all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come una riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro (riferimento tabella ANIA).
La Garanzia opera per l'Invalidità permanente che consegue a Malattia diagnosticata **dopo la data di effetto della Garanzia e non oltre la scadenza della stessa.**
È inoltre compresa l'Invalidità permanente che consegue a Malattia insorta durante il periodo di validità della Garanzia ma diagnosticata **entro i 6 mesi successivi alla scadenza** della Garanzia.

Criteri di indennizzabilità
Generali Italia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive e constatabili in maniera oggettiva dell'Invalidità permanente che deriva dalla singola Malattia denunciata, se questa non risulta causata o concausata da Malattia preesistente alla data di effetto della Garanzia.
Non sono indennizzabili le conseguenze di Malattie preesistenti alla data di attivazione della Garanzia; inoltre, nella valutazione dei postumi, si tiene conto solo delle conseguenze della singola Malattia insorta dopo l'attivazione della Garanzia e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o Difetti fisici preesistenti all'attivazione della Garanzia.
Se l'Assicurato denuncia più patologie, in contemporanea o in momenti successivi, la valutazione dell'Invalidità permanente si effettua sulle singole Malattie denunciate.
Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento sia nel caso di nuove Malattie che determinano un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno (per IP pari o superiore al 25% - Franchigia 24%)
Se per l'Assicurato è indicata in Polizza la Franchigia del 24%, il grado di Invalidità permanente è accertato in un periodo compreso **tra i 12 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia** e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro.
In alternativa, l'accertamento della percentuale di Invalidità permanente, **su richiesta dell'Assicurato**, può avvenire trascorsi **almeno 6 mesi** dalla denuncia se:
a) è comunicata Diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
b) la menomazione conseguente alla Malattia risulta del tutto stabilizzata.
Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale.
Se è accertato un grado di invalidità pari o superiore al 25% per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per la percentuale di Invalidità liquidata ("% da liquidare") indicata in tabella, in corrispondenza della percentuale di invalidità accertata ("% accertata"):

% accertata	% da liquidare
Inferiore a 25	0
25	1
26	3
27	5
28	7

% accertata	% da liquidare
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47

29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37

da 49 a 66	uguale all'accertato
67	68
68	70
69	72
70	74
71	76
72	78
73	80
74	82
75	84
76	87
77	90
78	93
79	97
80 e oltre	100

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno (per IP pari o superiore all'80% - Franchigia 79%)
Se per lAssicurato è indicata in Polizza la Franchigia del 79%, il grado di Invalidità permanente è accertato in un periodo compreso **tra i 12 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia** e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro.
In alternativa il grado di invalidità permanente, **su richiesta dell'Assicurato**, può essere accertato **trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia** se:
a) è prodotta Diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
b) la menomazione conseguente alla Malattia risulta del tutto stabilizzata.
Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore all'80% della totale.
Se è accertato un grado di Invalidità pari o superiore all'80%, l'Indennizzo è corrisposto al 100%.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.

Ci sono limiti di copertura
Si applica la Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce
DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Art. 2.4 Invalidità permanente da ictus o infarto

Che cosa è assicurato
La Garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo se a seguito di ictus o infarto consegue all'Assicurato un'Invalidità permanente, intesa come una riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro (riferimento tabella ANIA).
Ai fini della presente Garanzia si intende per**:**

- **Infarto**: coronaropatia se provoca necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la Diagnosi è formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: dolore precondriale, alterazioni tipiche all'ECG, aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;
- **Ictus**: accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia o infarto cerebrale (trombosi o embolia) a esordio brusco che produce danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di Ricovero in Istituto di cura.

La Garanzia vale per le Invalidità permanenti conseguenti a Ictus o Infarto occorsi all'Assicurato dopo la data di effetto della Garanzia e **non oltre la scadenza della stessa**.

Criteri di indennizzabilità
Generali Italia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive e constatabili in maniera oggettiva dell'Invalidità permanente che deriva dall'Ictus o Infarto denunciato, se questo non risulta causato o causato anche da Malattia preesistente alla data di effetto della Garanzia.
Non sono indennizzabili le conseguenze di Malattie preesistenti alla data di attivazione della Garanzia; inoltre, nella

valutazione dei postumi, si tiene conto solo delle conseguenze della Malattia insorta dopo l'attivazione della Garanzia e non di quelle riconducibili a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o Difetti fisici preesistenti all'attivazione della Garanzia.

Determinazione dell'Indennizzo e della liquidazione del danno
Il grado di Invalidità permanente è accertato in un periodo compreso **tra i 12 e i 18 mesi dalla data di denuncia** e valutato nella misura percentuale nella quale è ridotta la capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro.
In alternativa il grado di Invalidità permanente, **su richiesta dell'Assicurato**, può essere accertato **trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia se**:

a) è prodotta Diagnosi clinica di guarigione avvenuta;
b) la menomazione conseguente alla Malattia risulta del tutto stabilizzata.

Generali Italia non corrisponde alcun Indennizzo se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale.
Se è accertato un grado di Invalidità **pari o superiore al 25%** per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per la percentuale di invalidità liquidata ("% da liquidare") indicata in tabella, in corrispondenza della percentuale di invalidità accertata ("% accertata"):

% accertata	% da liquidare
Inferiore a 25	0
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37

% accertata	% da liquidare
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
da 49 a 66	uguale all'accertato
67	68
68	70
69	72
70	74
71	76
72	78
73	80
74	82
75	84
76	87
77	90
78	93
79	97
80 e oltre	100

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.

Art. 2.5 Pronta liquidazione infortuni

Che cosa è assicurato
In caso di Infortunio, come definito dall'articolo Assicurazione infortuni, per le Lesioni indicate nella tabella che segue, Generali Italia paga un Indennizzo predeterminato calcolato in base alla tabella.

COMPARTO/DISTRETTO ANATOMICO	LESIONE	% DA LIQUIDARE
SPALLA	Lussazioni	5%
	Fratture	5%
	Rotture	5%
	Lesione della cuffia dei rotatori	3%
BRACCIO/AVAMBRACCIO	Lussazioni	5%
	Fratture	5%
	Rotture	5%

GOMITO	Lussazioni	4%
	Fratture	4%
	Rotture	4%
POLSO	Lussazioni	4%
	Fratture	4%
	Rotture	4%
MANO/DITA	Lussazioni	1,5%
	Fratture	1,5%
	Rotture	1,5%
GAMBA altro	Lesione del tendine d'Achille	3%
	Lussazioni	6%
	Fratture	6%
	Rotture	6%
GINOCCHIO	Lussazioni	5%
	Fratture	5%
	Rotture	5%
	Lesione del tendine rotuleo	3%
CAVIGLIA	Lussazioni	4%
	Fratture	4%
	Rotture	4%
PIEDE	Lussazioni	2%
	Fratture	2%
	Rotture	2%

Per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio per la percentuale indicata nella colonna "% DA LIQUIDARE".

Ci sono limiti di copertura

In nessun caso Generali Italia paga un Indennizzo superiore a 40.000,00 euro per Sinistro.
Se Generali Italia paga l'Indennizzo predeterminato nella tabella, le Supervalutazioni dell'Invalidità permanente non operano anche se sono previste in Polizza.

Esempio 1
Infortunio che provoca la Lussazione del polso sinistro
Somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio: 100.000,00 euro
Indennizzo liquidato: 4.000,00 euro (Somma assicurata per IP * 4%)

Esempio 2
Infortunio che provoca una Frattura alla gamba destra
Somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio: 1.000.000,00 di euro
Indennizzo liquidato: 40.000,00 euro
(Somma assicurata per IP * 6%= 60.000,00 euro - limite massimo di Indennizzo per Sinistro 40.000,00 euro)

L'Indennizzo è pagato in deroga a quanto previsto nei seguenti articoli per accertamento del grado di Invalidità permanente e criteri di indennizzabilità:
- Invalidità permanente da infortunio;
- Criteri di indennizzabilità - sezione Condizioni operative per gli Infortuni;
- Assicurazione infortuni, **Che cosa NON è assicurato, rotture sottocutanee di tendini**.

Come opera la copertura

DOCUMENTAZIONE
La Garanzia opera **se l'Assicurato produce la seguente documentazione** come prova delle Lesioni che derivano dall'Infortunio:
- Documentazione del Pronto Soccorso, compresi gli esami strumentali eseguiti;

- esami strumentali (per esempio RX, Ecografia, TAC, RMN) eseguiti nell'immediatezza dell'Infortunio.

QUANDO E COME È LIQUIDATO L'INDENNIZZO

- Generali Italia paga l'Indennizzo in base alla tabella **se l'Infortunio provoca solo una delle Lesioni nella stessa previste**. Se Generali Italia paga l'Indennizzo predeterminato nella tabella, **l'Infortunio non è ulteriormente valutato in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio**.
- **Se dall'infortunio derivano**
  - **più Lesioni previste nella tabella, allo stesso o a diversi comparti/distretti anatomici,**
  - **una o più delle Lesioni previste nella tabella insieme ad altre Lesioni nella stessa non previste ma indennizzabili in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio,**

  si applicano i normali criteri di indennizzabilità e accertamento del grado di Invalidità permanente previsti per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio.
  In tali casi, Generali Italia paga comunque un Indennizzo complessivo non inferiore a quello che risulta dall'applicazione della tabella alle Lesioni nella stessa previste, **con il limite assoluto di 40.000,00 euro.**
- Generali Italia paga l'Indennizzo predeterminato **solo per il primo Infortunio da cui deriva una delle Lesioni previste nella tabella. Gli infortuni successivi al primo** dai quali deriva la stessa Lesione allo stesso comparto/distretto anatomico già indennizzata, **sono invece sempre valutati in base alla Garanzia Invalidità permanente da infortunio, con applicazione dell'articolo Criteri di indennizzabilità.**

Che cosa NON è assicurato

Se l'Assicurato dichiara nel Questionario medico precedenti Infortuni, interventi o patologie relativi a un comparto/distretto anatomico presente nella tabella, per tale comparto/distretto anatomico la presente Garanzia non opera e Generali Italia valuta le conseguenze di eventuali Infortuni in base alla Garanzia Invalidità permanente da Infortunio, con applicazione dell'articolo Criteri di indennizzabilità.

COME SI LIQUIDA L'INDENNIZZO IN CASO DI INFORTUNI DA CUI DERIVANO PIÙ LESIONI?

Si applicano i criteri di indennizzabilità e accertamento del grado di Invalidità permanente previsti per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio
Si confronta l'Indennizzo così determinato con l'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni nella stessa previste
Se il primo è inferiore, Generali Italia paga all'Assicurato l'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni, col limite assoluto di 40.000,00 euro

ESEMPI

Garanzie attivate:
- Invalidità permanente da infortunio – somma assicurata 100.000,00 euro - tabella ANIA - Franchigia 3%
- Pronta liquidazione infortuni

1. Infortunio che provoca:
- la Frattura di due dita della mano (Lesioni previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)
- la Frattura di due costole toraciche (Lesioni non previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)

a) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 15%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 12%
- Indennizzo liquidato: 12.000,00 euro (15.000,00 euro - 3.000,00 euro di Franchigia)

b) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 5%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 2%
  minore dell'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni alla mano nella stessa previste, di 3.000,00 euro (100.000,00 * 1,5% per ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)
- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

2. Infortunio che provoca la Frattura di due dita della mano (Lesioni previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)

a) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 12%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 9%
- Indennizzo liquidato: 9.000,00 euro (12.000,00 euro - 3.000,00 euro di Franchigia)

b) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 2%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 0%
  minore dell'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni alla mano nella stessa previste, di 3.000,00 euro (100.000,00 * 1,5% per ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)
- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

ESCLUSIONE CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E ATTIVAZIONE ASSISTENZA DIRETTA PER RICOVERO

Quando l'Infortunio provoca solo una delle Lesioni previste nella tabella e Generali Italia paga l'Indennizzo dalla stessa

previsto:
- anche le seguenti Garanzie, se attivate, operano in deroga all'articolo Criteri di indennizzabilità:
  - Spese mediche per infortunio;
  - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio;
  - Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio;
- se attivata anche la Garanzia Spese mediche per infortunio, in caso di Ricovero, l'Assicurato può usufruire del Pagamento diretto con le specifiche modalità indicate all'articolo Assistenza diretta.

CASI IN CUI ALCUNE GARANZIE NON OPERANO
Se l'Infortunio provoca solo una o più delle Lesioni previste nella tabella e Generali Italia liquida l'Indennizzo forfettario, le seguenti Garanzie non operano:
- **Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio;**
- **Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio;**
- **Pronto indennizzo per inabilità temporanea prolungata.**

Art. 2.6 Indennità aggiuntiva per frattura

Che cosa è assicurato
Se l'Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa causa all'Assicurato una delle Fratture ossee individuate nella tabella che segue, Generali Italia paga all'Assicurato – oltre a quant'altro dovuto in base alle altre Garanzie attivate - l'Indennizzo previsto per i casi indicati:

FRATTURE OSSEE	Indennizzo in euro
Arti superiori	
Omero-Ulna-Radio	
Fratture multiple di cui almeno una esposta	1.000,00
Una Frattura esposta	500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	500,00
Tutti gli altri tipi di Frattura (singola anche scomposta o multipla composta)	250,00
(l'Indennizzo si riferisce al singolo osso)	
Ossa della mano (carpo e metacarpo escluse le ossa delle dita)	
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che richiede Intervento chirurgico	500,00
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che non richiede Intervento chirurgico	300,00
Arti inferiori	
Femore	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta e una esposta	1.000,00
Una Frattura esposta	500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	300,00
Tutti gli altri tipi di Fratture	300,00
Rotula	
Frattura della rotula che richiede Intervento chirurgico	500,00
Frattura della rotula che non richiede Intervento chirurgico	300,00
Tibia-Perone	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta e una esposta	1.000,00
Una Frattura esposta	500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	300,00
Tutti gli altri tipi di Fratture	300,00

(l'Indennizzo si riferisce al singolo osso)	
Ossa del piede (escluse ossa delle dita)	
Frattura di una o più ossa che richiede Intervento chirurgico	500,00
Frattura di una o più ossa che non richiede Intervento chirurgico	300,00

La somma massima indennizzabile in caso di più Fratture conseguenti a uno stesso Infortunio è 2.000,00 euro.
Le tipologie di Frattura sono così classificate:

- **Frattura composta**: quando i monconi di Frattura permangono a contatto e si mantiene l'asse anatomico dell'osso;
- **Frattura scomposta o pluriframmentaria**: quando tra i monconi di Frattura non c'è più contatto;
- **Frattura esposta**: quando il moncone osseo perfora l'epidermide;
- **Frattura multipla o plurifocale**: quando c'è più di una Frattura sullo stesso osso.

Il pagamento dell'indennità aggiuntiva prescinde dalla stabilizzazione degli eventuali postumi e può essere richiesto dall'Assicurato prima della guarigione.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Come opera la copertura
Ai fini dell'operatività della presente Garanzia, la Frattura ossea deve essere **diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio** e **certificata mediante esame radiografico** effettuato in un **Pronto soccorso pubblico o Istituto di cura**.

Art. 2.7 Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione

Che cosa è assicurato
Se l'Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa causa all'Assicurato una delle Lesioni individuate nella tabella che segue, Generali Italia paga all'Assicurato l'Indennizzo corrispondente.

TIPOLOGIE DI FRATTURE/LUSSAZIONI e COMPARTI INTERESSATI	INDENNIZZO IN EURO
TECA CRANICA	
Frattura della teca cranica che richiede Intervento chirurgico	5.000,00
Frattura della teca cranica che non richiede Intervento chirurgico	2.000,00
MASSICCIO FACCIALE	
Frattura che richiede Intervento chirurgico	3.000,00
Frattura che non richiede Intervento chirurgico	1.000,00
TRONCO (SCHELETRO DEL TORACE – ESCLUSA COLONNA VERTEBRALE)	
CLAVICOLA – SCAPOLA – STERNO	
Frattura che richiede Intervento chirurgico	1.250,00
Frattura che non richiede Intervento chirurgico	500,00
COLONNA VERTEBRALE (COMPRESO IL TRATTO SACRALE E IL COCCIGE)	
Frattura del corpo/anello vertebrale	4.500,00
Fratture di uno o più processi traversi o spinosi o del peduncolo della vertebra	2.000,00
tutti gli altri tipi di Fratture	500,00
OSSA DEL BACINO	
ANCA E/O COCCIGE	
Frattura che richiede Intervento chirurgico	5.000,00
Frattura che non richiede Intervento chirurgico	2.000,00
COSTOLE	
Frattura di una o più costole con Lesione polmonare	1.000,00
Frattura di una o più costole con Lesione pleurica	850,00
Frattura di almeno 3 costole in assenza di Lesione pleurica o polmonare	500,00
ARTI SUPERIORI	
OMERO – ULNA – RADIO	

Fratture multiple di cui una composta/scomposta e una esposta	3.000,00
una Frattura esposta	1.500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	1.000,00
tutti gli altri tipi di Fratture (singola anche scomposta o multipla composta)	500,00
OSSA DELLA MANO (CARPO E METACARPO ESCLUSE LE OSSA DELLE DITA)	
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo, il metacarpo o entrambi che richiede Intervento chirurgico	1.000,00
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo, il metacarpo o entrambi che non richiede Intervento chirurgico	500,00
OSSA DELLE DITA	
Frattura di una o più falangi che richiede Intervento chirurgico	850,00
Frattura di almeno 3 falangi che non richiede Intervento chirurgico	500,00
ARTI INFERIORI	
FEMORE	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta e una esposta	3.500,00
una Frattura esposta	1.500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	1.000,00
tutti gli altri tipi di Fratture	850,00
ROTULA	
Frattura della rotula che richiede Intervento chirurgico	850,00
Frattura della rotula che non richiede Intervento chirurgico	500,00
TIBIA – PERONE	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta e una esposta	3.000,00
LUSSAZIONI	
Anca	2.500,00
Ginocchio	1.250,00
polso o gomito	800,00
caviglia o spalla	800,00

La **somma massima indennizzabile** in caso di **più Lesioni conseguenti a uno stesso Infortunio** è **10.000,00 euro**.
Le tipologie di Fratture sono classificate così:

- **Frattura composta**: quando i monconi di Frattura permangono a contatto e si mantiene l'asse anatomico dell'osso;
- **Frattura scomposta o pluriframmentaria**: quando tra i monconi di Frattura non c'è più contatto;
- **Frattura esposta**: quando il moncone osseo perfora l'epidermide;
- **Frattura multipla o plurifocale**: quando c'è più di una Frattura sullo stesso osso.

Il pagamento dell'indennità aggiuntiva prescinde dalla stabilizzazione degli eventuali postumi e può essere richiesto dall'Assicurato prima della guarigione.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.
Non può essere indennizzata la Lussazione ad articolazioni che ne hanno già sofferta una in precedenza (Recidiva).

Come opera la copertura

Fratture ossee
Per il pagamento dell'indennità a seguito di Frattura ossea:

- la Frattura deve essere **diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio;**
- la Diagnosi deve essere **certificata** da **esame radiografico** effettuato in un **Pronto Soccorso Pubblico o Istituto di cura**.

Lussazione
La Lussazione è indennizzabile **solo se**:

- **si esegue esame radiografico prima della riduzione;**
- la riduzione è **effettuata in Istituto di cura da un medico**.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

IN AUTONOMIA - IL CAPITALE			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato	-	
se è stato scelto l'ambito di operatività h24, solo professionale oppure solo extraprofessionale			
• Ernie addominali da causa violenta (operabili) – indennità giornaliera per Ricovero con Intervento chirurgico	-	-	1/1000 della somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio con il massimo di 150,00 euro al giorno
• Ernie addominali da causa violenta (operabili) – indennità forfettaria per convalescenza post Ricovero con Intervento chirurgico	-	-	500,00 euro
• Ernie addominali da causa violenta (non operabili) – indennità per Invalidità permanente		-	10% della somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio
Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore	Franchigia 25%	-	-
Invalidità permanente da malattia	Franchigia 24% o 79% (come indicato in Polizza per ciascun Assicurato)	-	-
Invalidità permanente da ictus o infarto	Franchigia 24%	-	-
Pronta liquidazione infortuni		-	Limite per Sinistro 40.000,00 euro
Indennità aggiuntiva per frattura	-	-	Limite per tipologia di Frattura. In caso di più Fratture massimo 2.000,00 euro.
Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione	-	-	Limite per tipologia di Lesione. In caso di più lesioni massimo 10.000,00 euro.

LA RENDITA

(SEZIONE ACCESSORIA)

Che cosa è assicurato?

Art. 2.8 Rendita vitalizia da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale è accertato un grado di Invalidità permanente **pari o superiore al 66%** in base alle percentuali espresse nella seguente tabella (tabella ANIA), Generali Italia - oltre a quanto dovuto per contratto – emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia annuale posticipata rivalutabile, di importo annuo pari, al lordo di ritenuta fiscale, alla somma indicata in Polizza.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**DX**	**SX**
• un arto superiore:	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%

• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
• dell'anca in posizione favorevole	35%	
• del ginocchio in estensione	25%	
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un occhio	25%	
• ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
• un orecchio	10%	
• ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi assoluta nasale:		
• monolaterale	4%	
• bilaterale	10%	
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale	12%	
• una vertebra dorsale	5%	

• 12ª dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di Frattura di:	
• un metamero sacrale	3%
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella, per valutare l'Invalidità permanente si tiene conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa (tabella ANIA).

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Art. 2.9 Rendita vitalizia da malattia

Che cosa è assicurato
In caso di Malattia indennizzabile in base alla Garanzia Invalidità permanente da malattia, se il grado di Invalidità permanente accertato sulla base dei criteri previsti per la suddetta Garanzia è **pari o superiore all'80%**, Generali Italia – oltre a quanto dovuto per la Garanzia Invalidità permanente da malattia – emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia annuale posticipata rivalutabile di importo annuo pari, al lordo di ritenuta fiscale, alla somma indicata in Polizza.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

IN AUTONOMIA - LA RENDITA			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Rendita vitalizia da infortunio	IP pari o superiore a 66%	-	-
Rendita vitalizia da malattia	IP pari o superiore a 80%	-	-

IN ATTIVITÀ

CURE MEDICHE STRAORDINARIE

Che cosa è assicurato?

Art. 3.1 Spese mediche per infortunio, malattia o parto

Che cosa è assicurato
Generali Italia copre in caso di:

- **Ricovero** con o senza intervento,
- **Day surgery** o **Intervento chirurgico ambulatoriale,**

subìti dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia e resi necessari da Malattia, Malattia oncologica, Infortunio, parto, aborto spontaneo o terapeutico,

le spese per:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese endoprotesi applicate durante l'intervento;
b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il Day surgery o Intervento chirurgico in Ambulatorio medico;
d) rette di degenza;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) protesi anatomiche;
g) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
h) se effettuate nei **100 giorni** prima dell'Intervento chirurgico o Ricovero in Istituto di cura,
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento o il Ricovero, escluso il caso di parto;
i) se effettuate nei **150 giorni** dopo la data dell'intervento o delle dimissioni di Ricovero:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi al Ricovero o intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,
   - acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi all'intervento,
   - agopuntura se effettuata da medico,
   - cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

   se effettuate nei **240 giorni successivi** alla data di dimissione:
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (come per esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson),

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento o il Ricovero, escluso il caso di parto.
j) in caso di parto cesareo, Accertamenti diagnostici, esami e Visite specialistiche, medicinali con prescrizione medica, altre prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali (escluse tutte le prestazioni ostetriche) effettuati **nei 150 giorni dopo la data di dimissioni dal Ricovero se relativi al parto cesareo**;
k) assistenza prestata a domicilio da infermiere professionale iscritto all'albo **nei 45 giorni dopo** la data di dimissione, **escluso il caso di parto**. In caso di Malattia oncologica, l'assistenza è prestata **per un periodo di 60 giorni** dalla dimissione;
l) spese sostenute e documentate per il trasporto dell'Assicurato:
   - dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza in Italia e all'estero, **solo con ambulanza in caso di parto**;
   - dal luogo dell'Infortunio in Istituto di cura e ritorno a casa, **con qualunque mezzo solo in caso di Infortunio**.
m) un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:
   - per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero **solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura, escluso il caso di parto**.
   - spese di viaggio con treno o aereo, **escluso il caso di parto**.

Il **Day service non è equiparato al Ricovero**.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia **rimborsa** per intero l'eventuale spesa per i **Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica Convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o **le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN),** ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.
Generali Italia paga l'indennità giornaliera anche in caso di Intervento chirurgico in regime di **Day surgery** ma **ridotta del 50%** dell'importo sopra indicato.
Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.
Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere h), i), j), k), l) e m) sono comunque riconosciute se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera m) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**
In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera **fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero.**

CURE DEL NEONATO

Che cosa è assicurato

In caso di parto, indennizzabile in base alla copertura assicurativa e avvenuto in corso di validità della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Generali Italia riconosce all'Assicurata, **entro il limite del Massimale della Garanzia**, le spese necessarie per interventi relativi all'eliminazione o correzione di Malformazioni del neonato **nei primi 6 mesi di vita**. Sono compresi in Garanzia anche Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici propedeutici e successivi all'intervento allo stesso riconducibili, **solo se effettuate nei primi 6 mesi di vita del neonato**.

Che cosa NON è assicurato

È esclusa l'assistenza neonatologica.
Sono esclusi tutti gli accertamenti per la ricerca della causa di Malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o test di screening o prescritti a seguito di presunto rischio genetico.

CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Generali Italia riconosce all'Assicurato entro il limite del Massimale per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, le spese per cure dentarie ricostruttive, comprese le applicazioni di protesi per uno o più denti, a seguito di Infortunio avvenuto in corso di validità della Garanzia.
La copertura opera anche in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico.
Se le spese dentarie conseguono a Infortunio che comporta un Ricovero o Intervento chirurgico, Generali Italia indennizza le spese sostenute nei **150 giorni dopo la data di dimissione**.
In assenza di Ricovero o Intervento chirurgico, la Garanzia opera per le **spese sostenute in corso di validità della Garanzia e non oltre un anno dalla data di accadimento dell'Infortunio**.

ESEMPIO

CASO 1
La Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto è attivata con effetto 30.12.2024 e scadenza 30.12.2026, senza tacito rinnovo.
In data 10.06.2026 l'Assicurato subisce un Infortunio che non comporta Ricovero o Intervento chirurgico ma solo cure dentarie ricostruttive.
Le spese per tali cure sono garantite solo se effettuate entro il 30.12.2026, data di cessazione della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto.

CASO 2
La Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto è attivata con effetto 30.12.2024 e scadenza 30.12.2029.
In data 10.06.2025 l'Assicurato subisce un Infortunio che non comporta Ricovero o Intervento chirurgico ma solo cure dentarie ricostruttive.
Le spese per tali cure sono garantite solo se effettuate entro il 10.06.2026, cioè entro un anno dalla data dell'Infortunio.

Come opera la copertura

La copertura opera **solo se**

1. **l'Assicurato fornisce la seguente documentazione:**
   - certificato di Pronto Soccorso ospedaliero o cartella clinica con documentazione che dimostra l'Infortunio e le Lesioni da Infortunio (per esempio, ortopantomografia, radiografie);
   - l'attestazione del medico odontoiatra con la descrizione della prestazione effettuata e indicazione del dente o dell'arcata dentaria oggetto di prestazione;
2. le cure dentarie sono coerenti con la descrizione dell'Infortunio denunciato e col tipo di Lesioni documentate.

Per dimostrare l'Infortunio non sono valide certificazioni rilasciate da strutture mediche private o studi odontoiatrici/dentisti privati.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse:

a. **cure che derivano da Infortuni avvenuti prima dell'attivazione della Garanzia;**
b. **cure che derivano da stati patologici già esistenti all'attivazione della Garanzia;**
c. **prestazioni relative a "piani di cura" sottoscritti prima dell'attivazione della Garanzia;**
d. **tutte le prestazioni diverse da cure dentarie ricostruttive e protesi dentarie;**
e. **sostituzione di protesi dentarie e ricostruzione di elementi dentari già sottoposti a precedenti cure.**

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia opera entro il limite di 2.500,00 euro per persona per annualità assicurativa
Per le cure dentarie a seguito di Infortunio effettuate presso dentista o studio odontoiatrico non convenzionato si applica uno **Scoperto del 20%**.

COPERTURA GRATUITA PER FIGLI MINORI DI 10 ANNI

Che cosa è assicurato

Se è stato selezionato il Massimale per nucleo e se sono assicurati entrambi i genitori, la Garanzia si estende gratuitamente alle stesse condizioni al minore di 10 anni indicato in Polizza.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre, per questa Garanzia sono esclusi:

a) **prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia.** Sono comprese **entro i limiti previsti** le spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia e le prestazioni previste dall'estensione dell'articolo Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata**;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono inclusi in garanzia visite, accertamenti e interventi per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali**;**
d) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **visite, accertamenti, Ricoveri, interventi, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **prestazioni con finalità estetiche.** Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi**

alla prima applicazione;

k) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);**
m) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
n) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità inferiore al secondo grado;**
o) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
p) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia,** a eccezione di quanto previsto nel paragrafo CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO**;**
q) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
r) **tecniche e prestazioni che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) o non sono effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
s) **terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**
t) **Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
u) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che comportano la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
v) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi** (a eccezione di quanto previsto dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata)**;**
w) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**
x) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**
y) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le ha determinate;**
z) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è relativa all'attività professionale infermieristica prestata;**
aa) **trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e trattamenti relativi a terapie non convenzionali;**
bb) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**
cc) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);**
dd) **infiltrazioni eseguite con prodotto non farmacologico, fattori di crescita e gel piastrinico;**
ee) **spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante);**
ff) **Day hospital e Day service,** a eccezione di quanto previsto dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto**, se indicati in Polizza.
Le spese relative al Ricovero per **parto naturale** sono garantite con il **massimo di 6.000,00 euro.**
Le spese relative al Ricovero per **parto cesareo** sono garantite con il **massimo di 8.000,00 euro.**
Le spese relative all'utilizzo di **tecniche robotiche** comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il **massimo di 5.000,00 euro per intervento** (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta).
Le spese relative all'acquisto di **protesi anatomiche** sono garantite con il **massimo di 10.000,00 euro.**
Le spese per **l'assistenza infermieristica** professionale a domicilio sono garantite con il **massimo di 4.000,00 euro per**

Ricovero o intervento (elevati a **6.000,00 euro** in caso di **Malattia oncologica).**
Le spese per il **trasporto dell'Assicurato** sono garantite con il **massimo di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento.**
Le spese per **il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore** sono garantite con il **massimo di 150,00 euro** per un periodo non superiore a quello del Ricovero con **un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero o intervento;** le **spese di viaggio dell'accompagnatore** sono garantite con il **massimo di 2.500,00 euro per Ricovero o per intervento.**

Se la Copertura spese mediche scelta è "SOLO IN RETE":

- in caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con **prestazioni erogate da medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati con l'applicazione di uno **Scoperto del 20%** e col limite **massimo di 5.000,00 euro per Sinistro;**
- in caso di Ricovero o Intervento chirurgico per **Urgenza sanitaria all'estero**, le spese indennizzabili sono garantite, nell'ambito del Massimale indicato in Polizza, col **limite massimo di 60.000,00 euro**.

ESEMPI PAGAMENTO MISTO IN CASO DI COPERTURA SPESE MEDICHE "SOLO IN RETE"

L'Assicurato effettua un Intervento chirurgico presso una Struttura medica Convenzionata ma il chirurgo che lo esegue non è convenzionato con la Centrale Operativa.

CASO 1
Il costo complessivo è di 7.000,00 euro, di cui 3.000,00 euro per la Sruttura medica Convenzionata e 4.000,00 euro per il chirurgo e il pagamento avviene come segue:

- Generali Italia paga 3.000,00 euro alla Struttura medica Convenzionata;
- l'Assicurato paga 4.000,00 euro al chirurgo e chiede il rimborso a Generali Italia;
- Generali Italia rimborsa all'Assicurato 3.200,00 euro, così calcolati:
  4.000,00 – 800,00 (800,00 è il 20% di 4.000,00) = 3.200,00 euro.

CASO 2
Il costo complessivo è di 10.000,00 euro, di cui 3.000,00 euro per la Sruttura medica Convenzionata e 7.000,00 euro per il chirurgo e il pagamento avviene come segue:

- Generali Italia paga 3.000,00 euro alla Struttura medica Convenzionata;
- l'Assicurato paga 7.000,00 euro al chirurgo e chiede il rimborso a Generali Italia;
- Generali Italia rimborsa all'Assicurato 5.000,00 euro, così calcolati:
  7.000,00 – 1.400,00 (1.400,00 è il 20% di 7.000,00) = 5.600,00 euro, dei quali Generali Italia rimborsa 5.000,00 euro (per l'applicazione del limite di Indennizzo).

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

La Garanzia può essere prestata con Copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE" o "SOLO IN RETE". La forma di copertura assicurativa **scelta è riportata in Polizza.**

MASSIMALE
Il Massimale indicato in Polizza vale **per persona per annualità assicurativa**. Se indicato in Polizza "Massimale per nucleo", il massimale vale per **l'insieme delle persone assicurate per annualità assicurativa**.

FRANCHIGIA
La Franchigia, se pattuita e indicata in Polizza, **si applica a ogni Sinistro**.
In caso di **Pagamento diretto**, **l'Assicurato paga l'eventuale importo della Franchigia alla Struttura medica Convenzionata**.

Come si applica la Franchigia?

ESEMPIO: Attivata la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto con Franchigia di 1.000,00 euro.

In caso di Sinistro con spese coperte dalla Garanzia di 10.000,00 euro, l'Indennizzo è di 9.000,00 euro (10.000,00 - 1.000,00, dove 1.000,00 è l'importo della Franchigia).

In caso di riconoscimento dell'**Indennità sostitutiva**, la Franchigia in euro - se prevista - si applica solo alle spese di cui alle lettere h), i), j), k), l) e m).

Se sono effettuati due o più Ricoveri o interventi a distanza di **non oltre 30 giorni l'uno dall'altro**, dovuti alla **stessa Malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica** o in conseguenza del **medesimo Infortunio**, la Franchigia si applica una sola volta. Le Franchigie pattuite per specifica patologia dichiarata nel Questionario medico si applicano a ogni Sinistro.

Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Franchigie, a eccezione di quelle **pattuite in Polizza** per specifiche patologie dichiarate nel Questionario medico.

SCOPERTO

Lo Scoperto, se **pattuito e indicato in Polizza, si applica a ogni Sinistro per le sole prestazioni non effettuate in assistenza diretta**.

Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Scoperto, a eccezione di quelle pattuite **in Polizza** per specifiche patologie dichiarate nel Questionario medico.

Come si applica lo Scoperto?

ESEMPIO: Attivata la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto con Scoperto del 20%.

In caso di Sinistro con spese coperte dalla Garanzia in base alla copertura assicurativa per 500,00 euro, l'Indennizzo delle spese sostenute è di 400,00 euro (500,00 -100,00, dove 100,00 è il 20% delle spese sostenute e coperte dalla Garanzia).

SCOPERTO E FRANCHIGIA

Se **operano sia la Franchigia che lo Scoperto:**

- **se la Franchigia è superiore allo Scoperto si applica la Franchigia;**
- **se il calcolo dello Scoperto è superiore alla Franchigia si applica lo Scoperto.**

Come si applicano Franchigia e Scoperto?

ESEMPIO: Attivata la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto con Franchigia di 1.000,00 euro e Scoperto del 20%.

1. In caso di Sinistro con spese sostenute e indennizzabili per 10.000,00 euro, l'Indennizzo delle spese sostenute è di 8.000,00 euro (10.000,00 - 2.000,00, dove 2.000,00 è il 20% delle spese sostenute e indennizzabili in base alla copertura assicurativa). La Franchigia non si applica perché inferiore allo Scoperto.
2. In caso di Sinistro con spese sostenute e indennizzabili per 4.000,00 euro, l'Indennizzo delle spese sostenute è di 3.000,00 euro (4.000,00 - 1.000,00, dove 1.000,00 è l'importo della Franchigia). Lo Scoperto di 800,00 euro (20% di 4.000,00) non si applica perché inferiore alla Franchigia.

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o Day surgery e per gli Interventi chirurgici ambulatoriali tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa (con l'eventuale applicazione della Franchigia), con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione.

In caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

In caso di Cure dentarie per Infortunio per cui l'Assicurato intende ricorrere a Strutture odontoiatriche Convenzionate **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Dental Network.

1. Tutte le prestazioni possono essere effettuate **esclusivamente presso Strutture mediche Convenzionate** con i limiti previsti nel presente articolo. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE

In caso di forma di prestazione assicurativa "**SOLO IN RETE":**

1. Le prestazioni possono essere effettuate **solo presso Strutture mediche Convenzionate** con i limiti previsti nel presente articolo. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italia.
2. Nei casi di Ricovero, Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione.
3. In caso di Ricovero o Day surgery effettuato **in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto,** con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto; Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati con l'applicazione di uno **Scoperto del 20%** e col limite **massimo di 5.000,00 euro per Sinistro**.
4. Per Accertamenti diagnostici, esami, Visite specialistiche e Trattamenti fisioterapici o rieducativi successivi all'Intervento chirurgico o al Ricovero di cui alla lettera i) dell'Elenco delle spese, l'Assicurato **può:**
   - **contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta;
   - **chiedere il rimborso** di quanto pagato alle Strutture mediche Convenzionate.

5. Per le seguenti prestazioni (da effettuare presso Strutture mediche Convenzionate), l'Assicurato **può chiedere solo** il **rimborso** di quanto pagato:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche di cui alla lettera h) dell'Elenco delle spese.
6. Sono comunque riconosciute, con i limiti previsti nel presente articolo e se connesse a Ricoveri, Day surgery o Interventi chirurgici ambulatoriali effettuati presso Strutture mediche Convenzionate, le seguenti **spese sostenute al di fuori di Strutture mediche Convenzionate**:
   - le spese per protesi anatomiche di cui alla lettera f) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali, acquisto o noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione, agopuntura e le spese per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) di cui alla lettera i) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per assistenza svolta a domicilio da infermiere professionale di cui alla lettera k) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno di cui alla lettera l) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e trasporto dell'accompagnatore di cui alla lettera m) dell'Elenco delle spese.

Le modalità per il **rimborso** delle spese indennizzabili sono indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per tutte le prestazioni previste dalla presente Garanzia, se nella Provincia di residenza dell'Assicurato non sono presenti Strutture mediche Convenzionate, l'Assicurato può rivolgersi a struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate.
Per Ricovero, Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale, **l'assenza di Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato deve essere verificata dalla Centrale Operativa.**

In caso di Ricovero o di Day surgery con **spese a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), all'Assicurato è riconosciuta l'Indennità sostitutiva** nei termini e limiti precisati nel presente articolo.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.

In caso di Cure dentarie per Infortunio l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Dental Network.
Se, attivato il Dental Network, non sono presenti Strutture odontoiatriche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato, le prestazioni previste possono essere effettuate dall'Assicurato per proprio conto presso altro dentista o studio odontoiatrico non convenzionato. In tal caso, l'Assicurato può chiedere il **rimborso delle spese sostenute nei limiti previsti**.
L'Assicurato può chiedere il rimborso delle spese indennizzabili, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

RICOVERI ALL'ESTERO
Se l'Assicurato si trova temporaneamente all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e ha bisogno di un Ricovero o di un Intervento chirurgico a causa di un'Urgenza sanitaria all'estero, vale quanto segue.
Generali Italia rimborsa le **spese di cui alle lettere dalla a) alla g)** dell'Elenco delle spese, sostenute durante la permanenza in Istituto di cura all'estero.
Per le **spese previste alla lettera i)** dell'Elenco delle spese, se l'Assicurato, dopo le dimissioni:

- sostiene tali spese all'estero, può chiederne il rimborso;
- rientra in Italia, vale quanto previsto ai precedenti punti 4., 5. e 6.

Le **spese previste alla lettera k)** dell'Elenco delle spese sono rimborsate **solo se sostenute in Italia** e vale quanto previsto al precedente punto 6.
Le modalità per il **rimborso** delle spese indennizzabili sono indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Non sono Urgenza sanitaria:

- **Ricovero o Intervento chirurgico per Malattia preesistente;**
- **Parto e altre prestazioni connesse allo stato di gravidanza** (è invece incluso il caso di aborto spontaneo);
- **Ricovero o Intervento chirurgico programmato**.

Art. 3.1.1 Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche

Che cosa è assicurato
La presente estensione, se richiamata in Polizza per l'Assicurato, opera a integrazione di quanto previsto dalla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto nell'ambito e nel limite del Massimale previsto per la Garanzia stessa. **Se il Massimale pattuito in Polizza per la Garanzia è illimitato, l'estensione opera con il limite di 1.000.000,00 di euro per persona per annualità assicurativa.**

In caso di Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna accertata con esame strumentale o istologico è prevista **l'estensione fino a 2 anni dalla prima Diagnosi** alle seguenti prestazioni:

- terapie oncologiche non chirurgiche riconosciute e validata dai protocolli delle Autorità internazionali, **prescritte da un medico specialista**, svolte anche in regime di Day hospital o ambulatoriale;
- Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici svolti in assenza di Ricovero;
- n. 10 sedute di psicoterapia e psicoanalisi, se prescritte da un **medico specialista** (psichiatra, neurologo o oncologo) e **riconducibili alla patologia**, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (per esempio: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

Inoltre, **l'Indennità sostitutiva** prevista dalla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, **è riconosciuta al 100%**, anche per le terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service di tipo MAC (macroattività assistenziale complessa) o PAC (pacchetto assistenziale complesso).

Che cosa NON è assicurato
Ferme le esclusioni previste per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, sono escluse anche:

a) terapie oncologiche non chirurgiche non riconosciute e validate dai protocolli delle Autorità internazionali;
b) spese per il trasporto dell'Assicurato e per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
c) in caso di Day hospital o Day service, spese pre e post, per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura), per il trasporto dell'Assicurato, per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
d) prestazioni a scopo preventivo.

Ci sono limiti di copertura
L'estensione è prestata con applicazione della **Franchigia** o dello **Scoperto** previsti per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, se pattuiti in Polizza.
L'estensione vale nei **2 anni** dopo la prima Diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna, se questa è diagnosticata per la prima volta in corso di validità della Garanzia. **In caso di cessazione della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto non sono riconosciute spese per rette di degenza, spese pre e post e spese per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura) né l'Indennità sostitutiva per le terapie oncologiche eseguite in regime di Day hospital o Day service.**
La Diagnosi di un'eventuale **Recidiva non costituisce termine** per la nuova decorrenza della presente estensione.
Le sedute di psicoterapia o psicoanalisi sono previste **solo a rimborso fino a un massimo di n. 10 sedute.**

Come opera la copertura
La presente Garanzia può essere prestata con Copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE" o "SOLO IN RETE". La forma di copertura assicurativa scelta è riportata in Polizza.

FRANCHIGIA
Si applica la Franchigia pattuita in Polizza per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto.
Quando opera la presente estensione:

- si applica un'unica Franchigia fino all'esaurimento dell'importo totale indicato in Polizza, alle spese per l'esame istologico che ha posto la prima Diagnosi della neoplasia maligna, all'intervento per la rimozione della stessa neoplasia maligna e alle prestazioni previste dalla presente estensione;
- la Franchigia non si applica alle terapie oncologiche non chirurgiche e agli Accertamenti diagnostici previsti dalla presente estensione se eseguiti in assistenza diretta presso Strutture mediche Convenzionate.

La Franchigia non si applica alle prestazioni previste dalla presente estensione se eseguite in regime di SSN.

Come si applica la Franchigia?

Per l'Assicurato operano la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto con Franchigia di 2.000,00 euro e la presente estensione.

CASO 1: Non è dovuta Franchigia se per terapie oncologiche non chirurgiche o Accertamenti diagnostici previsti dalla presente estensione si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del Pagamento diretto;

CASO 2: Se l'Assicurato esegue le prestazioni previste dalla presente estensione con spese a suo carico e poi chiede il rimborso:

- se ha presentato precedenti richieste per l'esame istologico che ha diagnosticato la neoplasia maligna o sul Ricovero per la rimozione della stessa e per tali richieste ha già pagato l'intera Franchigia prevista in Polizza, non deve pagare di nuovo la Franchigia;
- se ha presentato precedenti richieste per l'esame istologico che ha diagnosticato la neoplasia maligna o sul Ricovero per la rimozione della stessa e per tali richieste ha già pagato solo in parte la Franchigia prevista in Polizza, paga solo la differenza tra l'importo della Franchigia prevista in Polizza e la Franchigia già pagata sulle precedenti richieste (Esempio: precedente richiesta su cui l'Assicurato ha già pagato una Franchigia di 1.200,00 euro - paga una Franchigia fino a 800,00 euro sulla richiesta di rimborso che presenta per prestazioni che rientrano nella presente estensione)
- se non ha presentato precedenti richieste per la stessa neoplasia maligna, paga la Franchigia.

In tal caso:
Se la Franchigia che l'Assicurato paga corrisponde all'intero importo previsto in Polizza, non la paga di nuovo su eventuali richieste relative alla stessa neoplasia maligna presentate in un momento successivo.
Se la Franchigia che l'Assicurato paga è inferiore all'importo previsto in Polizza, in caso di eventuali richieste relative alla stessa neoplasia maligna presentate in un momento successivo paga la differenza.

SCOPERTO
Se per la Garanzia Spese mediche da infortunio, malattia o parto è **pattuito e indicato in Polizza** solo lo Scoperto, questo **si applica a ogni Sinistro per le sole prestazioni non effettuate in assistenza diretta**.

Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Scoperto.

FRANCHIGIA E SCOPERTO
Se per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia e parto **operano sia la Franchigia che lo Scoperto**, alla presente estensione si applica solo la Franchigia.

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE
L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici,Visite specialistiche ed esami di laboratorio previsti dalla presente estensione eseguiti anche in regime di Day hospital o ambulatoriale tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. Dopo la cessazione della validità della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto l'assistenza diretta non opera.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE
In caso di forma di prestazione assicurativa "**SOLO IN RETE"**:

1. Tutte le prestazioni possono essere effettuate esclusivamente **presso Strutture mediche Convenzionate** con i limiti per ciascuna previsti nel presente articolo; L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.
2. Per le **Terapie oncologiche non chirurgiche** eseguite **in regime di Day hospital o ambulatoriale nel corso di validità della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto**, l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione**;**
3. Per le **Terapie oncologiche non chirurgiche** eseguite **in regime di Day hospital o ambulatoriale dopo la cessazione della validità della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto**, l'assistenza diretta non opera e quindi l'Assicurato deve rivolgersi a Strutture mediche Convenzionate e poi chiedere a Generali Italia il rimborso di quanto anticipato.
4. Per gli Accertamenti diagnostici,Visite specialistiche ed esami di laboratorio l'Assicurato **può:**
   - **contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta;
   - **chiedere il rimborso** di quanto corrisposto alle Strutture mediche Convenzionate.
5. Sono riconosciute, con i limiti previsti nel presente articolo, le **spese** per **psicoterapia e psicoanalisi** previste dalla presente estensione **sostenute al di fuori di Strutture mediche Convenzionate.**

Le modalità per il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente estensione sono indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Per le prestazioni previste dalla presente estensione, se nella Provincia di residenza dell'Assicurato non sono presenti Strutture mediche Convenzionate, l'Assicurato può rivolgersi a struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate.
Per le Terapie oncologiche non chirurgiche, l'assenza di Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato deve essere verificata dalla Centrale Operativa.
Per le Terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service con **spese a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN),** all'Assicurato è riconosciuta **l'Indennità sostitutiva** nei termini e limiti precisati nel presente articolo.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.

Come funziona l'estensione in corso di validità della Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto e quando la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto è cessata ?

ESEMPIO: La Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto è attivata con effetto 01.01.2024 e scadenza 01.01.2026 senza tacito rinnovo, con relativa Estensione delle cure oncologiche (che vale per 2 anni dalla prima Diagnosi di Malattia oncologica).
In data 01.06.2025 è accertata Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna.
L'Estensione opera quindi per 2 anni dal 01.06.2025 al 01.06.2027:

- Durante il periodo dal 01.06.2025 al 01.01.2026 la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto è in corso di validità e l'Assicurato, per effettuare Terapie oncologiche deve contattare la Centrale Operativa per attivare l'assistenza diretta.
- Durante il periodo dal 02.01.2026 al 01.06.2027 la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto è cessata e l'Assicurato, per effettuare Terapie oncologiche non può attivare l'assistenza diretta ma deve rivolgersi a Strutture mediche Convenzionate e poi chiedere a Generali Italia il rimborso di quanto anticipato.

Art. 3.2 Spese mediche per malattia o parto

Che cosa è assicurato
Generali Italia copre in caso di:

- **Ricovero** con o senza intervento,
- **Day surgery** o **Intervento chirurgico ambulatoriale**,

subìti dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia per Malattia, Malattia oncologica, parto, aborto spontaneo o terapeutico,
le spese per:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese endoprotesi applicate

durante l'intervento;

b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il Day surgery o Intervento chirurgico in Ambulatorio medico;
d) rette di degenza;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) protesi anatomiche;
g) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
h) se effettuate nei **100 giorni** prima dell'Intervento chirurgico o Ricovero in Istituto di cura,
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia che ha determinato l'intervento o il Ricovero, escluso il caso di parto;
i) se effettuate nei **150 giorni** dopo la data dell'intervento o delle dimissioni di Ricovero:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi al Ricovero o intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,
   - acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi all'intervento,
   - agopuntura se effettuata da medico,
   - cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

   se effettuate nei **240 giorni successivi** alla data di dimissione:
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (come per esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson),

   e solo se relativi alla Malattia che ha determinato l'intervento o il Ricovero, escluso il caso di parto.
j) in caso di parto cesareo, esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche, medicinali con prescrizione medica, altre prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali (escluse tutte le prestazioni ostetriche) effettuati **nei 150 giorni dopo la data di dimissioni dal Ricovero se relativi al parto cesareo**;
k) assistenza prestata a domicilio da infermiere professionale iscritto all'albo **nei 45 giorni dopo** la data di dimissione, **escluso il caso di parto**. In caso di Malattia oncologica, l'assistenza è prestata **per un periodo di 60 giorni** dalla dimissione;
l) spese sostenute e documentate per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia e all'estero, **solo con ambulanza in caso di parto**;
m) un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:
   - per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero **solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura, escluso il caso di parto**.
   - spese di viaggio con treno o aereo, **escluso il caso di parto**.

Il Day service non è equiparato al Ricovero.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica Convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o **le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.
Generali Italia paga l'indennità giornaliera anche in caso di Intervento chirurgico in regime di **Day surgery** ma **ridotta del 50%** dell'importo sopra indicato.
Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.
Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere h), i), j) e k), l) e m) – sono comunque riconosciute, se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera m) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**

In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera **fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero**.

CURE DEL NEONATO

Che cosa è assicurato

In caso di parto, indennizzabile in base alla copertura assicurativa e avvenuto in corso di validità della Garanzia Spese mediche per malattia o parto, Generali Italia riconosce all'Assicurata, **entro il limite del Massimale della Garanzia**, le spese necessarie per interventi relativi all'eliminazione o correzione di Malformazioni del neonato **nei primi 6 mesi di vita**. Sono compresi in Garanzia anche Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici propedeutici e successivi all'intervento allo stesso riconducibili, **solo se effettuate nei primi 6 mesi di vita del neonato**.

Che cosa NON è assicurato

È esclusa l'assistenza neonatologica.

Sono esclusi tutti gli accertamenti volti a ricercare la causa di Malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o test di screening o prescritti a seguito di presunto rischio genetico.

COPERTURA GRATUITA PER FIGLI MINORI DI 10 ANNI

Che cosa è assicurato

Se è stato selezionato il Massimale per nucleo e se sono assicurati entrambi i genitori, la Garanzia si estende gratuitamente alle stesse condizioni al minore di 10 anni indicato in Polizza.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.

Inoltre, per questa Garanzia sono esclusi:

a) **prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata nel periodo di validità della Garanzia.** Sono comprese **entro i limiti previsti** le spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia e le prestazioni previste dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Spese mediche per malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata;
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **visite, accertamenti e Interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia;**
d) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **visite, accertamenti, Ricoveri, interventi, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **prestazioni con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione);**
k) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);**
m) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
n) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità inferiore al secondo grado;**
o) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
p) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
q) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
r) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d.**

protocolli sperimentali) o non sono effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

s) **terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**

t) **Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**

u) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che comportano la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**

v) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi (**a eccezione di quanto previsto dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Spese mediche per malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata**);**

w) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**

x) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**

y) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia che le ha determinate;**

z) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è relativa all'attività professionale infermieristica prestata;**

aa) **trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e trattamenti relativi a terapie non convenzionali;**

bb) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**

cc) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapia, podologo, massaggiatore, capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laurato in scienze motorie);**

dd) **infiltrazioni eseguite con prodotto non farmacologico, fattori di crescita e gel piastrinico;**

ee) **spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante);**

ff) **Day hospital e Day service,** a eccezione di quanto previsto dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Spese mediche per malattia o parto - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione della **Franchigia** e dello **Scoperto,** se indicati in Polizza.
Le spese relative al Ricovero per **parto naturale** sono garantite con il **massimo di 6.000,00 euro**.
Le spese relative al Ricovero per **parto cesareo** sono garantite con il **massimo di 8.000,00 euro**.
Le spese relative all'utilizzo di **tecniche robotiche** comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il **massimo di 5.000,00 euro per intervento** (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta).
Le spese relative all'acquisto di **protesi anatomiche** sono garantite con il **massimo di 10.000,00 euro.**
Le spese per **l'assistenza infermieristica** professionale a domicilio sono garantite con il **massimo di 4.000,00 euro per Ricovero o intervento** (elevati a **6.000,00 euro** in caso di **Malattia oncologica**).
Le spese per il **trasporto dell'Assicurato** sono garantite con il **massimo di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento**.
Le spese per **il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore** sono garantite con il **massimo di 150,00 euro** per un periodo non superiore a quello del Ricovero con **un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero o intervento**; le **spese di viaggio dell'accompagnatore** sono garantite con il **massimo di 2.500,00 euro per Ricovero o per intervento**.

Se la Copertura spese mediche scelta è "SOLO IN RETE":

- in caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con **prestazioni erogate da medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati con l'applicazione di uno **Scoperto del 20%** e col limite **massimo di 5.000,00 euro per Sinistro**;
- in caso di Ricovero o Intervento chirurgico per **Urgenza sanitaria all'estero**, le spese indennizzabili sono garantite, nell'ambito del Massimale indicato in Polizza, col **limite massimo di 60.000,00 euro**.

ESEMPI PAGAMENTO MISTO IN CASO DI COPERTURA SPESE MEDICHE “SOLO IN RETE”

L’Assicurato effettua un Intervento chirurgico presso una Struttura medica Convenzionata ma il chirurgo che lo esegue non è convenzionato con la Centrale Operativa.

CASO 1
Il costo complessivo è di 7.000,00 euro, di cui 3.000,00 euro per la Sruttura medica Convenzionata e 4.000,00 euro per il chirurgo e il pagamento avviene come segue:

- Generali Italia paga 3.000,00 euro alla Struttura medica Convenzionata;
- l’Assicurato paga 4.000,00 euro al chirurgo e chiede il rimborso a Generali Italia;
- Generali Italia rimborsa all’Assicurato 3.200,00 euro, così calcolati:
  4.000,00 – 800,00 (800,00 è il 20% di 4.000,00) = 3.200,00.

CASO 2
Il costo complessivo è di 10.000,00 euro, di cui 3.000,00 euro per la Sruttura medica Convenzionata e 7.000,00 euro per il chirurgo e il pagamento avviene come segue:

- Generali Italia paga 3.000,00 euro alla Struttura medica Convenzionata;
- l’Assicurato paga 7.000,00 euro al chirurgo e chiede il rimborso a Generali Italia;
- Generali Italia rimborsa all’Assicurato 5.000,00 euro, così calcolati:
  7.000,00 – 1.400,00 (1.400,00 è il 20% di 7.000,00) = 5.600,00, di cui Generali Italia rimborsa 5.000,00 euro (per l’applicazione del limite di Indennizzo).

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

La presente Garanzia può essere prestata con Copertura spese mediche “IN RETE E FUORI RETE” o “SOLO IN RETE”. La forma di copertura assicurativa scelta è riportata in Polizza.

MASSIMALE
Il Massimale indicato in Polizza vale **per persona per annualità assicurativa**. Se indicato in Polizza "Massimale per nucleo", il Massimale vale per **l’insieme delle persone assicurate per annualità assicurativa**.

FRANCHIGIA
La Franchigia, se pattuita e indicata in Polizza, **si applica a ogni Sinistro**.
In caso di **Pagamento diretto**, l’Assicurato paga l’eventuale importo della Franchigia alla Struttura medica convenzionata.

Come si applica la Franchigia?

ESEMPIO: Attivata la Garanzia Spese mediche per malattia o parto con Franchigia di 1.000,00 euro.

In caso di Sinistro con spese coperte dalla Garanzia di 10.000,00 euro, l’Indennizzo è di 9.000,00 euro (10.000,00 - 1.000,00, dove 1.000,00 è l’importo della Franchigia).

In caso di riconoscimento dell’**Indennità sostitutiva**, se prevista la Franchigia in euro si applica una **Franchigia di 5 giorni**; al posto di quella in euro (l’indennità è corrisposta a partire dal 6° giorno di Ricovero).
Se sono effettuati due o più Ricoveri o interventi a distanza di **non oltre 30 giorni l’uno dall’altro**, dovuti alla **stessa Malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica** o in conseguenza del **medesimo Infortunio**, la Franchigia si applica una sola volta. Le Franchigie pattuite per specifica patologia dichiarata nel Questionario medico si applicano a ogni Sinistro.
Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Franchigie, a eccezione di quelle pattuite in Polizza per specifiche patologie dichiarate nel Questionario medico.

SCOPERTO

Lo **Scoperto,** se pattuito e indicato in Polizza, **si applica a ogni Sinistro per le sole prestazioni non effettuate in assistenza diretta**
Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Scoperto, a eccezione di quelle pattuite in Polizza per specifiche patologie dichiarate nel Questionario medico.

Come si applica lo Scoperto?

ESEMPIO: Attivata la Garanzia Spese mediche per malattia o parto con Scoperto del 20%.

In caso di Sinistro con spese coperte dalla Garanzia in base alla copertura assicurativa per 500,00 euro, l'Indennizzo delle spese sostenute è di 400,00 euro (500,00-100,00, dove 100,00 è il 20% delle spese sostenute e coperte dalla Garanzia).

SCOPERTO E FRANCHIGIA
Se **operanti sia la Franchigia che lo scoperto:**

- **se la Franchigia è superiore allo Scoperto si applica la Franchigia;**
- **se il calcolo dello Scoperto è superiore alla Franchigia si applica lo Scoperto.**

Come si applicano Franchigia e Scoperto?

ESEMPIO: Attivata la Garanzia Spese mediche per malattia o parto con Franchigia di 1.000,00 euro e Scoperto del 20%.

1. In caso di Sinistro con spese sostenute e indennizzabili per 10.000,00 euro, l'Indennizzo delle spese sostenute è di 8.000,00 euro (10.000,00 - 2.000,00, dove 2.000,00 è il 20% delle spese sostenute e indennizzabili in base alla copertura assicurativa). La Franchigia non si applica perché inferiore allo Scoperto.
2. In caso di Sinistro con spese sostenute e indennizzabili per 4.000,00 euro, l'Indennizzo delle spese sostenute è di 3.000,00 euro (4.000,00 - 1.000,00, dove 1.000,00 è l'importo della Franchigia). Lo Scoperto di 800,00 euro (20% di 4.000,00) non si applica perché inferiore alla Franchigia.

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE
L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o Day surgery e per gli Interventi chirurgici ambulatoriali tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'assistenza diretta senza necessità di anticipare alcuna spesa (con l'eventuale applicazione della Franchigia), con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.
In caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE

In caso di forma di prestazione assicurativa "**SOLO IN RETE"**:

1. Tutte le prestazioni possono essere effettuate **esclusivamente presso Strutture mediche Convenzionate** con i limiti previsti nel presente articolo. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.
2. Nei casi di Ricovero, Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato **deve contattare la Centrale operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione.
3. In caso di Ricovero o Day surgery effettuato **in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati** con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto,** con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto**;** Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati con l'applicazione di uno **Scoperto del 20%** e col limite **massimo di 5.000,00 euro per Sinistro**.
4. Per gli Accertamenti diagnostici e i Trattamenti fisioterapici o rieducativi successivi all'Intervento chirurgico o al Ricovero di cui alla lettera i) dell'Elenco delle spese, l'Assicurato **può:**
   - **contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta;
   - **chiedere il rimborso** di quanto pagato alle Strutture mediche Convenzionate.
5. Per le seguenti prestazioni (da effettuare presso Strutture mediche Convenzionate), l'Assicurato **può chiedere solo** il **rimborso** di quanto pagato:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche di cui alla lettera h) dell'Elenco delle spese;
   - esami, Visite specialistiche e agopuntura di cui alla lettera i) dell'Elenco delle spese.
6. Sono comunque riconosciute, con i limiti previsti nel presente articolo e se connesse a Ricoveri, Day surgery o Interventi chirurgici ambulatoriali effettuati presso Strutture mediche Convenzionate, le seguenti **spese sostenute al di fuori di Strutture mediche Convenzionate**:
   - le spese per protesi anatomiche di cui alla lettera f) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali, acquisto o noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione e le spese per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) di cui alla lettera i) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per assistenza svolta a domicilio da infermiere professionale di cui alla lettera k) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno di cui alla lettera l) dell'Elenco delle spese;
   - le spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e trasporto dell'accompagnatore di cui alla lettera m) dell'Elenco delle spese.

Le modalità per il **rimborso** delle spese indennizzabili sono indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Per tutte le prestazioni previste dalla presente Garanzia, se nella Provincia di residenza dell'Assicurato non sono presenti Strutture mediche Convenzionate, l'Assicurato può rivolgersi a struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate.
Per Ricovero, Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale, **l'assenza di Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato deve essere verificata dalla Centrale Operativa.**

In caso di Ricovero o di Day surgery con **spese a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), all'Assicurato** è riconosciuta **l'Indennità sostitutiva** nei termini e limiti precisati nel presente articolo.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.

1. Tutte le prestazioni possono essere effettuate **esclusivamente presso Strutture mediche Convenzionate** con i limiti previsti nel presente articolo. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.

RICOVERI ALL'ESTERO

Se l'Assicurato si trova temporaneamente all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e ha bisogno di un Ricovero o di un Intervento chirurgico, a causa di un'Urgenza sanitaria all'estero, vale quanto segue.

Generali Italia rimborsa le **spese di cui alle lettere dalla a) alla g)** dell'Elenco delle spese, sostenute durante la permanenza in Istituto di cura all'estero.

Per le **spese previste alla lettera i)** dell'Elenco delle spese, se l'Assicurato, dopo le dimissioni:

- sostiene tali spese all'estero, può chiederne il rimborso;
- rientra in Italia, vale quanto previsto ai precedenti punti 4., 5. e 6..

Le **spese previste alla lettera k)** dell'Elenco delle spese sono rimborsate **solo se sostenute in Italia** e vale quanto previsto al precedente punto 6.

Le modalità per il **rimborso** delle spese indennizzabili sono indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Non sono Urgenza sanitaria:

- **Ricovero o Intervento chirurgico per Malattia preesistente;**
- **Parto e altre prestazioni connesse allo stato di gravidanza** (è invece incluso il caso di aborto spontaneo);
- **Ricovero o Intervento chirurgico programmato.**

Art. 3.2.1 Garanzia Spese mediche per malattia o parto – Estensione delle cure oncologiche

Che cosa è assicurato

La presente estensione, se richiamata in Polizza per l'Assicurato, opera a integrazione di quanto previsto dalla Garanzia Spese mediche per malattia o parto nell'ambito e nel limite del Massimale previsto per la Garanzia stessa. Se il Massimale Pattuito in Polizza per la Garanzia è illimitato, l'estensione opera con il **limite di 1.000.000,00 euro** per persona per annualità assicurativa.

In caso di Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna accertata con esame strumentale o istologico è prevista l'estensione **fino a 2 anni dalla prima diagnosi** alle seguenti prestazioni:

- terapie oncologiche non chirurgiche riconosciute e validata dai protocolli delle Autorità internazionali, **prescritte da un medico specialista**, svolte anche in regime di Day hospital o ambulatoriale;
- Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici svolti in assenza di Ricovero;
- n. 10 sedute di psicoterapia e psicoanalisi, se prescritte da un **medico specialista** (psichiatra, neurologo o oncologo) e **riconducibili alla patologia**, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (per esempio: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

Inoltre, **l'Indennità sostitutiva** prevista dalla Garanzia Spese mediche per malattia o parto, **è riconosciuta al 100%**, anche per le terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service di tipo MAC (macroattività assistenziale complessa) o PAC (pacchetto assistenziale complesso).

Che cosa NON è assicurato

Oltre alle esclusioni previste per la Garanzia Spese mediche per malattia o parto, sono escluse anche:

a) terapie oncologiche non chirurgiche NON riconosciute e validate dai protocolli delle Autorità internazionali;
b) spese per il trasporto dell'Assicurato e per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
c) in caso di Day hospital o Day service, spese pre e post, per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura), per il trasporto dell'Assicurato, per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
d) prestazioni a scopo preventivo.

Ci sono limiti di copertura

L'estensione è prestata con applicazione della **Franchigia** o dello **Scoperto** previsti per la Garanzia Spese mediche per malattia o parto, se pattuiti in Polizza. L'estensione vale nei **2 anni successivi** alla prima Diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna,se questa è diagnosticata per la prima volta in corso di validità della Garanzia. **In caso di cessazione della Garanzia Spese mediche per malattia o parto non sono riconosciute spese per rette di degenza, spese pre e post e spese per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura) né l'indennità sostitutiva per le terapie oncologiche eseguite in regime di Day hospital o Day service.**

La Diagnosi di un'eventuale **Recidiva non costituisce termine** per la nuova decorrenza della presente estensione.

Le sedute di psicoterapia o psicoanalisi sono previste **solo a rimborso fino a un massimo di n. 10 sedute.**

Come opera la copertura

La presente estensione può essere prestata con Tipologia di copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE" o con opzione "SOLO IN RETE". L'opzione scelta è riportata in Polizza.

FRANCHIGIA

Si applica la Franchigia pattuita in Polizza per la Garanzia Spese mediche per malattia o parto.
Quando opera la presente estensione:

- si applica un'unica Franchigia fino all'esaurimento dell'importo totale indicato in Polizza, alle spese per l'esame istologico che ha posto la prima Diagnosi della neoplasia maligna, all'intervento per la rimozione della stessa neoplasia maligna e alle prestazioni previste dalla presente estensione;
- la Franchigia non si applica alle terapie oncologiche non chirurgiche e agli Accertamenti diagnostici previsti dalla presente estensione se eseguiti in assistenza diretta presso Strutture mediche Convenzionate.

La Franchigia non si applica alle prestazioni previste dalla presente estensione se eseguite in regime di SSN.

Come si applica la Franchigia?

Per l'Assicurato operano la Garanzia Spese mediche per malattia o parto con Franchigia di 2.000,00 euro e la presente estensione.

CASO 1: Non è dovuta alcuna Franchigia se per terapie oncologiche non chirurgiche o Accertamenti diagnostici previsti dall'estensione si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del Pagamento diretto;

CASO 2: Se l'Assicurato esegue le prestazioni previste dalla presente estensione con spese a suo carico e poi chiede il rimborso:

- se ha presentato precedenti richieste per l'esame istologico che ha diagnosticato la neoplasia maligna o sul Ricovero per la rimozione della stessa e per tali richieste ha già pagato l'intera Franchigia prevista in Polizza, non deve pagare di nuovo la Franchigia;
- se ha presentato precedenti richieste per l'esame istologico che ha diagnosticato la neoplasia maligna o sul Ricovero per la rimozione della stessa e per tali richieste ha già pagato solo in parte la Franchigia prevista in Polizza, paga solo la differenza tra l'importo della Franchigia prevista in Polizza e la Franchigia già pagata sulle precedenti richieste (Esempio: precedente richiesta su cui l'Assicurato ha già pagato una Franchigia di 1.200,00 euro - paga una Franchigia fino a 800,00 euro sulla richiesta di rimborso che presenta per prestazioni rientranti nella presente estensione)
- se non ha presentato precedenti richieste per la stessa neoplasia maligna, paga la Franchigia.

In tal caso:
Se la Franchigia che l'Assicurato paga corrisponde all'intero importo previsto in Polizza, non la paga di nuovo su eventuali richieste relative alla stessa neoplasia maligna presentate in un momento successivo.
Se la Franchigia che l'Assicurato paga è inferiore all'importo previsto in Polizza, in caso di eventuali richieste relative alla stessa neoplasia maligna presentate in un momento successivo paga la differenza.

SCOPERTO

Se per la Garanzia Spese mediche per malattia o parto, è **pattuito e indicato in Polizza** solo lo Scoperto, questo **si applica a ogni Sinistro per le sole prestazioni non effettuate in assistenza diretta**.
Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Scoperto.

FRANCHIGIA E SCOPERTO

Se per la Garanzia Spese mediche per malattia o parto sono **presenti sia la Franchigia che lo Scoperto**, alla presente estensione si applica sempre e solo la Franchigia.

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente estensione con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche ed esami di laboratorio previsti dalla presente estensione eseguiti anche in regime di Day hospital o ambulatoriale tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può rhiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. Dopo la cessazione della validità della Garanzia Spese mediche per malattia o parto l'assistenza diretta non opera.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE
In caso di forma di prestazione assicurativa "**SOLO IN RETE"**:

1. Tutte le prestazioni possono essere effettuate esclusivamente **presso Strutture mediche Convenzionate** con i limiti per ciascuna previsti nel presente articolo; L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.
2. Per le **Terapie oncologiche non chirurgiche** eseguite **in regime di Day hospital o ambulatoriale nel corso di validità della Garanzia Spese mediche per malattia o parto**, l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione**;**
3. Per le **Terapie oncologiche non chirurgiche** eseguite **in regime di Day hospital o ambulatoriale dopo la cessazione della validità della Garanzia Spese mediche per malattia o parto**, l'assistenza diretta non opera e quindi l'Assicurato deve rivolgersi a Strutture mediche Convenzionate e poi chiedere a Generali Italia il rimborso di quanto anticipato.
4. Per gli Accertamenti diagnostici,Visite specialistiche ed esami di laboratorio l'Assicurato **può:**
   - **contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta;
   - **chiedere il rimborso** di quanto corrisposto alle Strutture mediche Convenzionate.
5. Sono comunque riconosciute, con i limiti previsti nel presente articolo, le **spese** per **psicoterapia e psicoanalisi** previste dalla presente estensione **sostenute al di fuori di Strutture mediche Convenzionate.**

Le modalità per il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente estensione sono indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Per le prestazioni previste dalla presente estensione, se nella Provincia di residenza dell'Assicurato non sono presenti Strutture mediche Convenzionate, l'Assicurato può rivolgersi a struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate.
Per le Terapie oncologiche non chirurgiche, **l'assenza di Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato deve essere verificata dalla Centrale Operativa**.
Per le Terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service con **spese a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, all'Assicurato è riconosciuta l'**Indennità sostitutiva** nei termini e limiti precisati nel presente articolo.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.

Come funziona l'estenione in corso di validità della Garanzia Spese mediche per malattia o parto e quando la Garanzia Spese mediche per malattia o parto è cessata

ESEMPIO: La Garanzia Spese mediche per malattia o parto è attivata con effetto 01.01.2024 e scadenza 01.01.2026 senza tacito rinnovo, con relativa Estensione delle cure oncologiche (che vale per 2 anni dalla prima Diagnosi di Malattia oncologica).
In data 01.06.2025 è accertata Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna.
L'Estensione opera quindi per 2 anni dal 01.06.2025 al 01.06.2027:

- Durante il periodo dal 01.06.2025 al 01.01.2026 la Garanzia Spese mediche per malattia o parto è in corso di validità e l'Assicurato, per effettuare Terapie oncologiche deve contattare la Centrale Operativa per attivare l'assistenza diretta.
- Durante il periodo dal 02.01.2026 al 01.06.2027 la Garanzia Spese mediche per malattia o parto è cessata e l'Assicurato, per effettuare Terapie oncologiche non può attivare l'assistenza diretta ma deve rivolgersi a Strutture mediche Convenzionate e poi chiedere a Generali Italia il rimborso di quanto anticipato.

Art. 3.3 Spese mediche per infortunio

Che cosa è assicurato
La Garanzia prevede il rimborso all'Assicurato delle seguenti spese mediche sostenute in conseguenza diretta di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa:

- **durante il Ricovero** (o in caso di **Intervento chirurgico ambulatoriale** o **Day surgery**) per:

  a) onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
  b) diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;

c) rette di degenza;
d) assistenza medica, cure, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici;
e) quote di partecipazione al SSN (Ticket sanitari) relative alle prestazioni precedenti;
f) trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura e il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

In caso di Ricovero in ospedale pubblico con **almeno 2 pernottamenti**, per il quale l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa, è corrisposta un'**Indennità sostitutiva** di **50,00 euro** per ogni giorno di Ricovero, con il **massimo di 90 giorni per annualità assicurativa**. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. L'Indennità sostitutiva è cumulabile con l'Indennità giornaliera per Ricovero;

- **dopo il Ricovero** (o in caso di Intervento **chirurgico ambulatoriale** o **Day surgery**) per le seguenti prestazioni, se prescritte dal medico curante:

  a) esami e Accertamenti diagnostici, acquisto medicinali (**Generali non riconosce spese per l'acquisto di parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici**), prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali effettuati **nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo Ricovero**; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, sono **escluse le spese sostenute per protesi dentarie**;
  b) Trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da personale sanitario abilitato (il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa), **nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo Ricovero**.
  Ci sono limiti di copertura
  È previsto il limite del 30% del Massimale con il massimo di 3.500,00 euro;

- **in assenza o prima del Ricovero** (o in caso di **Intervento chirurgico ambulatoriale** o **Day surgery**) per le seguenti prestazioni, se prescritte dal medico curante:

  a) esami e Accertamenti diagnostici, acquisto medicinali (**Generali non riconosce spese per l'acquisto di parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici**), prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali effettuati **nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio**; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, sono **escluse le spese sostenute per protesi dentarie**;
  b) Trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da personale sanitario abilitato (il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa), **nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio**.
  Ci sono limiti di copertura
  È previsto il limite del 20% del Massimale col massimo di 2.500,00 euro.

  Ci sono limiti di copertura
  Se previsto in Polizza, in assenza di Ricovero la Garanzia opera con una Franchigia di 100,00 euro.
  La Franchigia non si applica ai Trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati in assistenza diretta.

Sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'Infortunio, per:

- primo acquisto di ogni tipo di protesi ortopedica e acquisto o noleggio (**per il periodo massimo di 1 anno**) di carrozzelle ortopediche;
- cure e applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, **escluse le protesi dentarie**), **effettuate entro 2 anni dall'Infortunio**, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'Infortunio stesso.

INDENNITÀ AGGIUNTIVA SPECIALE PER DEGENZE PROLUNGATE
In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale l'Assicurato subisce un Ricovero, Generali Italia corrisponde un'indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente da Infortunio:
- 1%, in caso di Ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di Ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di Ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

Ci sono limiti di copertura
L'Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate non opera in caso di Day hospital.
Per la determinazione dell'indennità il giorno di dimissione non è considerato.
L'importo pagato non può superare i 10.000,00 euro.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia, compresa l'indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate, valgono le Esclusioni infortuni.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione dello **Scoperto** e del **minimo di Scoperto per Sinistro** indicati in Polizza, se previsti.

Come opera la copertura

MASSIMALE

Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

SCOPERTO

Se per la Garanzia Spese mediche per Infortunio sono **indicati in Polizza** Scoperto e minimo, **questi operano per ogni Sinistro**.

Lo Scoperto e il minimo non si applicano ai Trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati in assistenza diretta.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
L'Assicurato, in alternativa al rimborso, per i soli Trattamenti fisioterapici e rieducativi può usufruire del **Pagamento diretto** tramite **Strutture mediche Convenzionate** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.
Se attivata anche la Garanzia Pronta liquidazione infortuni, quando l'Infortunio provoca solo una o più delle Lesioni previste nella relativa tabella e Generali Italia paga l'Indennizzo in base a tale Garanzia, l'Assicurato, in alternativa al rimborso, può usufruire del Pagamento diretto anche per Ricovero, Day surgery e Interventi chirurgici ambulatoriali con le specifiche modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.
Se attivata anche la Garanzia Pronta liquidazione infortuni, quando l'Infortunio provoca solo una o più delle Lesioni previste nella relativa tabella e Generali Italia paga l'Indennizzo in base a tale Garanzia, l'Assicurato, in alternativa al rimborso, può usufruire del Pagamento diretto anche per Ricovero, Day surgery e Interventi chirurgici ambulatoriali con le specifiche modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.

Art. 3.4 Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore

Che cosa è assicurato

Se entrambi i genitori o, in alternativa, uno dei genitori e l'eventuale convivente di fatto come da certificato di Stato di Famiglia, hanno acquistato la Garanzia Invalidità permanente da infortunio, la presente Garanzia opera gratuitamente per i figli minori di 10 anni indicati tra le persone assicurate in Polizza.
In caso di Ricovero o Intervento chirurgico in Day surgery o ambulatoriale, diretta conseguenza di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia, **fino al Massimale di 5.000,00 euro (per annualità assicurativa e per persona)**, rimborsa le seguenti spese:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di Ricovero o sostenuti durante il Day surgery o Ambulatorio medico per l'Intervento chirurgico;
- quote di partecipazione al SSN (Ticket sanitari) relative alle prestazioni precedenti;
- trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura e ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo;
- esami e Accertamenti diagnostici, acquisto medicinali (**Generali non riconosce spese per l'acquisto di parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici**), prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali prescritte dal medico curante avvenute **nei 90 giorni antecedenti e nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione dal Ricovero; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, sono escluse le spese sostenute per protesi dentarie**;
- primo acquisto di protesi ortopedica, anche sostitutiva di parte anatomica, e acquisto o noleggio (per il periodo massimo di 1 anno) di carrozzelle ortopediche;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante ed effettuati **nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione dal Ricovero**.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Ci sono limiti di copertura
I Trattamenti fisioterapici e rieducativi devono essere effettuati da personale sanitario abilitato, il cui titolo deve risultare dal documento di spesa.
Per i Trattamenti fisioterapici e rieducativi la Garanzia opera con il limite del 20% del Massimale con il massimo di 750,00 euro.

Come opera la copertura
MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.
Le somme assicurate con la presente Garanzia non sono soggette ad adeguamento.
Se per l'Assicurato è attivata anche la Garanzia Spese mediche per infortunio, le somme dovute per effetto della presente Garanzia sono prestate **in aumento e operano dopo l'esaurimento** del Massimale per la Garanzia Spese mediche per infortunio, alle condizioni e con i limiti previsti da ciascuna di esse.

Come si calcola il rimborso?

ESEMPIO: Per l'Assicurato minore di 10 anni è attiva, oltre alla Garanzia gratuita Spese mediche per Infortunio: copertura gratuita per il figlio minore con Massimale 5.000,00 euro, anche la Garanzia Spese mediche per infortunio con Massimale 7.500,00 euro.
In seguito a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa l'Assicurato sostiene spese mediche rimborsabili per un importo di 9.000,00 euro.
Rimborso:
- 7.500,00 euro sono rimborsati con l'intero Massimale per la Garanzia Spese mediche per infortunio;
- l'importo restante di 1.500,00 euro è rimborsato con il Massimale per la Garanzia Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia e deve denunciare l'Infortunio con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, Richiesta di rimborso.
L'Assicurato, in alternativa al rimborso, per i soli Trattamenti fisioterapici e rieducativi può usufruire del **Pagamento diretto** tramite **Strutture mediche Convenzionate**, senza necessità di anticipare alcuna spesa con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.

Art. 3.5 Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia

Che cosa è assicurato
In caso di **Ricovero in Istituto di cura** o di **Intervento chirurgico**, anche ambulatoriale o in Day surgery, indennizzabile in base alla copertura assicurativa e avvenuto nel corso della validità della Garanzia, **per Infortunio o Malattia**, Generali Italia rimborsa le spese sostenute per:
- esami, Accertamenti diagnostici e viste specialistiche, effettuati nei **60 giorni precedenti** il Ricovero o l'intervento, se **riconducibili** alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e Visite specialistiche, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali, Trattamenti fisioterapici rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature **prescritte da medico specialista**, effettuati nei **60 giorni successivi** alla data dell'intervento o delle dimissioni dal Ricovero, se **riconducibili** alla Malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Il Day service **non è equiparato al Ricovero**.
Se l'Assicurato si avvale del **Servizio Sanitario Nazionale**, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **Ticket sanitari**.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre sono escluse:
a) Ricoveri o interventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;
b) conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;
c) visite, accertamenti e interventi per eliminare o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della

Garanzia. Sono inclusi in garanzia visite, accertamenti e interventi per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;

d) **visite, accertamenti e interventi per eliminare o correggere difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **visite, accertamenti, Ricoveri, interventi, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative al la fecondazione assistita e artificiale;**
j) **prestazioni con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione**;
k) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica, compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);**
m) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
n) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
o) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
p) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
q) **prestazioni connesse a degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
r) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) o non sono effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
s) **Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
t) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
u) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi;**
v) **spese per farmaci, parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**
w) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**
x) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o infortunio che le hanno determinate;**
y) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è direttamente riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;**
z) **trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e trattamenti relativi a terapie non convenzionali;**
aa) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**
bb) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);**
cc) **spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante).**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia, nell'ambito del Massimale previsto in Polizza, riconosce le spese sostenute per le suddette prestazioni con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro sull'ammontare delle spese indennizzabili per ciascun Ricovero o intervento.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE

Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa.**

L'Assicurato può chiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Art. 3.6 Grandi interventi chirurgici

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle seguenti spese, se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, per Grande Intervento Chirurgico previsto nell'**ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**, subìto dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia per Infortunio, Malattia o Malattia oncologica.
L'ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI è riportato di seguito alle presenti Condizioni Specifiche.
Elenco delle spese:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) rette di degenza;
d) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
e) protesi anatomiche;
f) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
g) se effettuate nei **100 giorni** prima dell'Intervento chirurgico, per
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento;
h) se effettuate nei **150 giorni** dopo la data delle dimissioni dal Ricovero:
   - esami, Accertamenti diagnositici e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi all'intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,
   - acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi all'intervento,
   - agopuntura se effettuata da medico,
   - cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento.
i) assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio **nei 45 giorni** dopo la data di dimissione;
j) spese sostenute e documentate per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza in Italia e all'estero;
k) spese per un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:
   - per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero **solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura**
   - spese di viaggio con treno o aereo.

Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia **rimborsa per intero** l'eventuale spesa per i **Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica

convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o si ricovera attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.

Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.

Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere g), h), i), j) e k) – sono comunque riconosciute se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera k) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**

In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera **fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero.**

COPERTURA GRATUITA PER FIGLI MINORI DI 10 ANNI

Che cosa è assicurato

Se è stato selezionato il Massimale per nucleo e se sono assicurati entrambi i genitori, la Garanzia si estende gratuitamente alle stesse condizioni al **minore di 10 anni indicato in Polizza.**

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) **prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia.** Sono compresi **entro i limiti previsti** le spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia e le prestazioni previste dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Grandi interventi chirurgici - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata**;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia;**
d) **prestazioni con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**
e) **interventi di chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
f) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
g) **interventi relativi alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità inferiore al secondo grado;**
h) **protesi dentarie e ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi preprotesici e di implantologia;**
i) **interventi e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e prestazioni che non sono effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
j) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi (**a eccezione di quanto previsto dall'estensione di cui all'articolo Garanzia Grandi interventi chirurgici - Estensione delle cure oncologiche, se acquistata**);**
k) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici, vaccini;**
l) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**
m) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le hanno determinate;**
n) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è relativa all'attività professionale infermieristica prestata;**
o) **trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e trattamenti relativi a terapie non convenzionali;**

p) sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;
q) prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);
r) spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante).

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia è prestata con applicazione dello **Scoperto**, se indicati in Polizza.
Le spese relative all'utilizzo di **tecniche robotiche** comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il limite **massimo di 5.000,00 euro per intervento (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta)**.
Le spese relative all'acquisto di **protesi anatomiche** sono garantite **con il massimo di 10.000,00 euro**.
Le spese per **l'assistenza infermieristica** professionale a domicilio sono garantite con il **massimo di 4.000,00 euro per intervento**.
Le spese per il **trasporto dell'Assicurato** sono garantite con il limite **massimo di 5.000,00 euro per intervento**.
Le spese per **il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore** sono garantite con **il limite di 150,00 euro per un periodo non superiore a quello del Ricovero** con un **massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento; le spese di viaggio dell'accompagnatore** sono garantite con il **massimo di 2.500,00 euro per intervento**.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE
Il Massimale indicato in Polizza vale **per persona per annualità assicurativa**. Se indicato in Polizza "Massimale per nucleo" vale per **l'insieme delle persone assicurate per annualità assicurativa.**

SCOPERTO
Lo Scoperto, se **pattuito e indicato in Polizza, si applica a ogni Sinistro per le sole prestazioni non effettuate in assistenza diretta.**
Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Scoperto, a eccezione di quelle **pattuite in Polizza** per specifiche patologie dichiarate nel Questionario medico.

Come si applica lo Scoperto?

ESEMPIO: Per l'Assicurato opera la Garanzia Grandi interventi chirurgici con Scoperto del 20%

In caso di Sinistro con spese sostenute e indennizzabili in base alla copertura assicurativa per 500,00 euro, gli è dovuto un rimborso di 400,00 euro (500,00 - 100,00, dove 100,00 è il 20% delle spese sostenute e indennizzabili in base alla copertura assicurativa).

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le prestazioni previste dalla presente Garanzia effettuate durante il Ricovero tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può richiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta - modalità di attivazione.
In caso di Grandi interventi chirurgici effettuati in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

Art. 3.6.1 Garanzia Grandi interventi chirurgici – Estensione delle cure oncologiche

Che cosa è assicurato

La presente estensione, se richiamata in Polizza per l'Assicurato, opera a integrazione di quanto previsto dalla Garanzia Grandi interventi chirurgici e nell'ambito del Massimale per la stessa previsto.
In caso di Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna accertata con esame strumentale o istologico è

prevista **l'estensione fino a 2 anni dalla prima Diagnosi** alle seguenti prestazioni:

- terapie oncologiche non chirurgiche riconosciute e validata dai protocolli delle Autorità internazionali, **prescritte da un medico specialista**, svolte anche in regime di Day hospital o ambulatoriale;
- Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici svolti in assenza di Ricovero;
- n. 10 sedute di psicoterapia e psicoanalisi, se prescritte da un **medico specialista** (psichiatra, neurologo o oncologo) e **riconducibili alla patologia**, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (per esempio: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

Inoltre, **l'Indennità sostitutiva** prevista dalla Garanzia Grandi interventi chirurgici, **è riconosciuta al 100%**, anche per le terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service di tipo MAC (macroattività assistenziale complessa) o PAC (pacchetto assistenziale complesso).

Che cosa NON è assicurato

Oltre alle esclusioni previste per la Garanzia Grandi interventi chirurgici, sono escluse anche:

a) terapie oncologiche non chirurgiche NON riconosciute e validate dai protocolli delle Autorità internazionali;
b) spese per il trasporto dell'Assicurato e per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
c) in caso di Day hospital o Day service, spese pre e post, per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura), per il trasporto dell'Assicurato, per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
d) prestazioni a scopo preventivo.

Ci sono limiti di copertura

L'estensione è prestata con applicazione dello **Scoperto** previsto per la Garanzia Grandi interventi chirurgici, se pattuito in Polizza.
L'estensione vale nei **2 anni successivi** alla prima Diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna, se questa è diagnosticata per la prima volta in corso di validità della Garanzia. **In caso di cessazione della Garanzia Grandi interventi chirurgici Generali Italia non riconosce spese per rette di degenza, spese pre e post e spese per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura) né l'Indennità sostitutiva per le terapie oncologiche eseguite in regime di Day hospital o Day service.**
La Diagnosi di un'eventuale **Recidiva non costituisce termine** per la nuova decorrenza della presente estensione.
Le sedute di psicoterapia o psicoanalisi sono previste **solo a rimborso fino a un massimo di n. 10 sedute.**

Come opera la copertura

SCOPERTO

Se per la Garanzia Grandi interventi chirurgici è **pattuito e indicato in Polizza** lo Scoperto, questo **si applica a ogni Sinistro per le sole prestazioni non effettuate in assistenza diretta**.
Le prestazioni eseguite in regime di SSN non sono soggette a Scoperto.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente estensione, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche ed esami di laboratorio dalla presente estensione eseguiti anche in regime di Day hospital o ambulatoriale tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. Dopo la cessazione della validità della Garanzia Grandi interventi chirurgici l'assistenza diretta non opera.

Art. 3.7 Malattie oncologiche

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle seguenti spese, se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, in caso di:

- **Ricovero** con o senza intervento,
- **Day surgery** o **Intervento chirurgico ambulatoriale**,

subìti dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia per Malattia oncologica.

Elenco delle spese:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese endoprotesi applicate durante l'intervento;
b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il Day surgery o

Intervento chirurgico in Ambulatorio medico;
d) rette di degenza;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) protesi anatomiche;
g) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
h) se effettuati nei **100 giorni** prima dell'Intervento chirurgico o Ricovero in Istituto di cura
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia oncologica che ha determinato l'intervento o il Ricovero;
i) se effettuati nei **150 giorni** dopo la data dell'intervento o delle dimissioni dal Ricovero:
   - esami e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi al Ricovero o intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,
   - acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi al Ricovero o intervento,
   - agopuntura se effettuata da medico,
   - cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

   e solo se relativi alla Malattia che ha determinato l'intervento o il Ricovero.
j) assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio **nei 60 giorni successivi** alla data di dimissione;
k) spese sostenute e documentate per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza in Italia e all'estero;
l) per un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:
   - per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura.
   - spese di viaggio con treno o aereo.

Il **Day service non è equiparato al Ricovero**.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia **rimborsa per intero** l'eventuale spesa per i **Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica Convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o **le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.
Generali Italia paga l'indennità giornaliera anche in caso di Intervento chirurgico in regime di **Day surgery** ma **ridotta del 50%** dell'importo sopra indicato.
Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.
Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere h), i), j), k) e l) – sono comunque riconosciute se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera l) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**
In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera **fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero**.

COPERTURA GRATUITA PER FIGLI MINORI DI 10 ANNI

Che cosa è assicurato

Se è stata selezionata la forma Nucleo e se in Polizza sono presenti entrambi i genitori, la Garanzia si estende gratuitamente alle medesime condizioni al minore di 10 anni indicato in Polizza.

ESTENSIONE DELLE CURE ONCOLOGICHE

Che cosa è assicurato

Nell'ambito del Massimale previsto per la presente Garanzia Malattie oncologiche, in caso di Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna accertata con esame strumentale o istologico, sono previste, **fino a 2 anni**

dalla prima Diagnosi, le seguenti prestazioni:

- terapie oncologiche non chirurgiche riconosciute e validata dai protocolli delle Autorità internazionali, **prescritte da un medico specialista**, svolte anche in regime di Day hospital o ambulatoriale;
- Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici svolti in assenza di Ricovero;
- n. 10 sedute di psicoterapia e psicoanalisi, se prescritte da un **medico specialista** (psichiatra, neurologo o oncologo) e **riconducibili alla patologia**, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (per esempio: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

Inoltre, **l'Indennità sostitutiva è riconosciuta al 100%**, anche per le terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service di tipo MAC (macroattività assistenziale complessa) o PAC (pacchetto assistenziale complesso).

Che cosa NON è assicurato

Oltre alle esclusioni previste per la Garanzia, sono escluse anche:

a) **terapie oncologiche non chirurgiche NON riconosciute e validate dai protocolli delle Autorità internazionali;**
b) **spese per il trasporto dell'Assicurato e per vitto e trasporto dell'accompagnatore;**
c) **in caso di Day hospital o Day service, spese pre e post, per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura), per il trasporto dell'Assicurato, per vitto e trasporto dell'accompagnatore;**
d) **prestazioni a scopo preventivo.**

Ci sono limiti di copertura

L'estensione vale nei **2 anni** dopo la prima Diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna, se questa è diagnosticata per la prima volta in corso di validità della Garanzia. **In caso di cessazione della Garanzia Generali Italia non riconosce spese per rette di degenza, spese pre e post e spese per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura) né l'Indennità sostitutiva per le terapie oncologiche eseguite in regime di Day hospital o Day service.**
La Diagnosi di un'eventuale **Recidiva non costituisce termine** per la nuova decorrenza della presente estensione.
Le sedute di psicoterapia o psicoanalisi sono previste **solo a rimborso fino a un massimo di n. 10 sedute.**

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) **prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata nel periodo di validità della Garanzia.** Sono comprese **entro i limiti previsti** le spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia e delle prestazioni previste dall'Estensione delle cure oncologiche**;**
b) **conseguenze dirette di Malattie, Malformazioni, stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e nonn dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
d) **conseguenze di terapie mediche e chirurgiche legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
e) **conseguenze di trattamenti dell'infertilità, sterilità e impotenza e trattamenti relativi alla fecondazione assistita e artificiale;**
f) **prestazioni con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione**;
g) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
h) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);**
i) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
j) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
k) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
l) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**

m) **cure (come anche visite e accertamenti) e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
n) **terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**
o) **Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
p) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
q) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi (**a eccezione di quanto previsto dall'Estensione delle cure oncologiche**);**
r) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**
s) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**
t) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia che le ha determinate;**
u) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è relativa all'attività professionale infermieristica prestata;**
v) **trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e trattamenti relativi a terapie non convenzionali;**
w) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**
x) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);**
y) **spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante);**
z) **Day hospital e Day service,** a eccezione di quanto previsto dall'Estensione delle cure oncologiche**.**

Ci sono limiti di copertura

Le spese relative all'utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il limite massimo di 5.000,00 euro (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta) per intervento.
Le spese relative all'acquisto di protesi anatomiche sono garantite con il limite massimo di 10.000,00 euro.
Le spese relative all'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio sono garantite con il limite massimo di 6.000,00 euro per Ricovero o intervento.
Le spese per il trasporto dell'Assicurato sono garantite con il limite massimo di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento.
Le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore sono garantite con il limite di 150,00 euro per un periodo non superiore alla durata del Ricovero con un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero; le spese di viaggio dell'accompagnatore sono garantite con il massimo di 2.500,00 per Ricovero o intervento.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE
Il Massimale indicato in Polizza vale **per persona per annualità assicurativa**. Se indicato in Polizza "Massimale per nucleo" vale per **l'insieme delle persone assicurate per annualità assicurativa**.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le prestazioni previste dalla presente Garanzia effettuate durante il Ricovero o Day surgery e per gli Interventi chirurgici ambulatoriali tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.
L'Assicurato può ricorrere a Strutture mediche Convenzionate e chiedere l'assistenza diretta anche per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche ed esami di laboratorio di cui all'Estensione delle cure oncologiche.
Per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche ed esami di laboratorio di cui all'Estensione delle cure oncologiche l'assistenza diretta non opera dopo la cessazione della validità della Garanzia.
In caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

Art. 3.8 Indennizzo forfettario per intervento chirurgico

Che cosa è assicurato

La Garanzia prevede un Indennizzo forfettario prefissato in caso di Intervento chirurgico indicato nell'**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI** – eseguito in **regime di Ricovero, Day surgery o ambulatoriale** – per **Malattia o Infortunio** e subito dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia.
L'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI è riportato di seguito alle presenti Condizioni Specifiche.
A ogni intervento è attribuita una "**classe di intervento**" come indicato nell'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI.
L'Indennizzo dovuto all'Assicurato corrisponde all'importo associato alla classe in cui rientra l'intervento, come indicato in Polizza.
In caso di Intervento chirurgico non previsto nell'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI la relativa classe di intervento si stabilisce, se possibile, secondo il **principio di analogia ed equivalenza** con l'intervento, contenuto nell'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI, più corrispondente al tipo di terapia e tecnica chirurgica eseguita.

Come opera la copertura

Per identificare l'anno di competenza del Sinistro si fa riferimento alla data in cui l'Assicurato sostiene l'Intervento chirurgico.
L'importo complessivo degli Indennizzi corrisposti nel corso dell'annualità assicurativa non può superare per persona assicurata il Massimale indicato in Polizza.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) **interventi successivi alla data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia.** Sono incluse in garanzia deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali**;**
d) **interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
f) **interventi per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e interventi relativi alla fecondazione assistita e artificiale;**
g) **interventi relativi alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
h) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
i) **interventi relativi alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
j) **interventi con finalità dietologiche o estetiche;**
k) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
l) **cure (come anche visite e accertamenti) e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**

m) Interventi chirurgici per la rimozione di dispositivi impiantati per osteosintesi;
n) prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o delle conseguenze dell'Infortunio che le hanno determinate;
o) infiltrazioni articolari.

Ci sono limiti di copertura
In caso di più interventi chirurgici previsti nell'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI sostenuti nel corso della stessa seduta operatoria, Generali Italia indennizza il solo intervento che corrisponde alla classe di intervento con importo maggiore.
In caso di più interventi chirurgici per la stessa Malattia o Infortunio, sullo stesso distretto anatomico o organo, sostenuti nel corso della stessa annualità assicurativa, sono indennizzati solo il primo e il secondo intervento, ma quest'ultimo entro il limite del 50% dell'importo previsto in tabella.

Quando comincia la copertura e quando finisce
DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura
MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo forfettario previsto dalla presente Garanzia con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.9 Indennizzo forfettario per gravi eventi

Che cosa è assicurato
Generali Italia corrisponde all'Assicurato l'**importo fisso indicato in Polizza** a titolo di rimborso forfettario per il sostenimento di spese mediche in caso di Diagnosi o accadimento di uno dei seguenti eventi nel corso della validità della Garanzia:

- **Infarto miocardico acuto**: Coronaropatia quando provoca necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico con Ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La Diagnosi è formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- **Chirurgia cardiovascolare**: procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) se dimostrata la necessità dell'intervento mediante esame coronarografico; interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica; sono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedono toracotomia come per esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.
- **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto)**: emorragia o infarto cerebrale trombosi o embolia a esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di Ricovero ospedaliero che produce danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di Indennizzo.
- **Tumore**: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui Diagnosi è basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; per la sola Garanzia in oggetto sono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio e i tumori cutanei a eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.
- **Insufficienza renale**: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- **Trapianto d'organo**: Malattie che comportano la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesta la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.
- **Paralisi**: perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe diagnosticata e dimostrata da evidenza neurologica permanente e irreversibile.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) Diagnosi o eventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della

Garanzia;

b) conseguenze e complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate.

Ci sono limiti di copertura

Al pagamento dell'Indennizzo, corrisposto per una sola delle Malattie sopra citate, la presente Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

RICHIESTA DI INDENNIZZO

L'Indennizzo è dovuto se:

- **dalla data della prima Diagnosi - comprovata da certificazione medica e cartella clinica - a quella della denuncia, sono trascorsi almeno 90 giorni;**
- **alla data della denuncia l'Assicurato è ancora in vita.**

Ai fini della presente Garanzia l'Assicurato non deve presentare i giustificativi di spesa.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

IN ATTIVITÀ – CURE MEDICHE STRAORDINARIE			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Spese mediche per infortunio, malattia o parto			
	se prevista in Polizza	se previsto in Polizza in caso di rimborso	
• Equipe medica non convenzionata in caso di Ricovero in assistenza diretta se Copertura spese mediche "Solo in rete"		20 %	5.000,00 euro
• Spese indennizzabili in caso di Ricovero o Intervento chirurgico per Urgenza sanitaria all'estero se Copertura spese mediche "Solo in rete"			nell'ambito del Massimale indicato in Polizza, col limite massimo di 60.000,00 euro.
• Ricovero per parto naturale	-	-	6.000,00 euro
• Ricovero per parto cesareo	-	-	8.000,00 euro
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	5.000,00 euro in caso di rimborso
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	4.000,00 euro (elevati a 6.000,00 euro in caso di Malattia oncologica)
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	5.000,00 euro
• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	150,00 euro per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero

• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	2.500,00 euro per intervento o Ricovero
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero.
• Cure dentarie da Infortunio	-	20% per cure dentarie presso dentista o studio odontoiatrico non convenzionato	2.500,00 euro per persona per annualità assicurativa
Spese mediche per malattia o parto			
	se prevista in Polizza	se previsto in Polizza in caso di rimborso	
• Equipe medica non convenzionata in caso di Ricovero in assistenza diretta se Copertura spese mediche "Solo in rete"		20%	5.000,00 euro
• Spese indennizzabili in caso di Ricovero o Intervento chirurgico per Urgenza sanitaria all'estero se Copertura spese mediche "Solo in rete			nell'ambito del Massimale indicato in Polizza, col limite massimo di 60.000,00 euro.
• Ricovero per parto naturale	-	-	6.000,00 euro
• Ricovero per parto cesareo	-	-	8.000,00 euro
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	5.000,00 euro in caso di rimborso
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	4.000,00 euro (elevati a 6.000,00 euro in caso di Malattia oncologica)
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	5.000,00 euro
• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	150,00 euro per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero
• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	2.500,00 euro per intervento o Ricovero
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero
Spese mediche per infortunio			
• Indennità sostitutiva in caso di Ricovero	-	-	50,00 euro per ogni giorno di Ricovero di almeno 2 giorni in ospedale pubblico, per un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa
• Spese sostenute dopo il Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo Ricovero
• Spese sostenute dopo il Ricovero – Trattamenti fisioterapici e rieducativi	-	-	Spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo Ricovero, fino al 30% del Massimale della Garanzia stessa indicato in Polizza per ciascun Assicurato con il massimo di 3.500,00 euro
• Spese sostenute prima del Ricovero o in assenza di Ricovero	Franchigia 100,00 euro in assenza di Ricovero	-	Spese sostenute nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio
• Spese sostenute prima del Ricovero o in assenza il Ricovero – Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Franchigia 100,00 euro in assenza di Ricovero	-	Spese sostenute nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio, fino al 20% del Massimale dalla Garanzia stessa indicato in Polizza per ciascun Assicurato, con il massimo di 2.500,00 euro

• Senza Ricovero	Franchigia 100,00 euro	-	-
• Indennità aggiuntiva per degenze prolungate	-	-	Massimo 10.000,00 euro
Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore	-		Massimale di 5.000,00 euro per annualità assicurativa per persona
• Spese sostenute dopo il Ricovero - Trattamenti fisioterapici e rieducativi	-		Spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione dal Ricovero. Con il limite del 20% del Massimale con il massimo di 750,00 euro.
• Spese sostenute prima e dopo il Ricovero - esami ed Accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali	-		Spese sostenute nei 90 giorni antecedenti e nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione dal Ricovero
Spese pre e post ricovero per infortunio o malattia	-	Scoperto 20% minimo 50,00 euro per ciascun ricovero o intervento	Spese sostenute nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi al Ricovero
Grandi interventi chirurgici			
		se previsto in Polizza in caso di rimborso	
• Spese pre Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 100 giorni precedenti il Ricovero
• Spese post Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 150 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	Fino a 5.000,00 euro per intervento
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	Fino a 45 giorni successivi alla data di dimissione con il massimo di 4.000,00 euro per intervento
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	Fino a 5.000,00 euro per intervento
• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	Fino a 150,00 euro giornalieri, per un periodo non superiore a quello di Ricovero dell'Assicurato con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento
• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	Fino a 2.500,00 euro per intervento
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento
Malattie oncologiche			
• Spese pre Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 100 giorni precedenti il Ricovero
• Spese post Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 150 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	Fino a 5.000,00 euro per intervento
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	Fino a 45 giorni successivi alla data di dimissione con il massimo di 6.000,00 euro per Ricovero o intervento
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	Fino a 5.000,00 euro per Ricovero o intervento

• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	Fino a 150,00 euro giornalieri, per un periodo non superiore a quello di Ricovero dell'Assicurato con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero
• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	Fino a 2.500,00 euro per Ricovero o intervento
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero o intervento. Indennità ridotta del 50% in caso di Day surgery
• Estensione delle cure oncologiche	-	-	Spese per terapie oncologiche non chirurgiche e Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici anche in assenza di Ricovero, sostenute entro 2 anni dalla prima Diagnosi.
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico	-	-	Il secondo Intervento chirurgico per la stessa patologia o sullo stesso distretto anatomico o organo, effettuato nella stessa annualità assicurativa è indennizzato al 50%
Indennizzo forfettario per gravi eventi	-	-	L'Indennizzo è corrisposto per un solo evento, poi la Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

CURE, ACCERTAMENTI E VISITE

Che cosa è assicurato?

Art. 3.10 Alta diagnostica

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle spese da Malattia o Infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione.

Elenco delle prestazioni:

Angiografia
Arteriografia
Cistografia
Clisma Opaco
Coronarografia
Colecistografia
Doppler: eco-color-doppler; eco-doppler
Ecocardiografia
EEG – elettroencefalogramma
Elettromiografia
Endoscopie diagnostiche (effettuate con endoscopio) con o senza biopsia
Esame urodinamico completo
Fistolografia
Fluorangiografia oculare
Isterosalpingografia
Holter
Laserterapia antalgica effettuata da terapista della riabilitazione
Mielografia
MOC - mineralometria ossea computerizzata
Risonanza Magnetica Computerizzata
Scialografia
Scintigrafia

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Tomografia a emissione di positroni (PET)
Tomoscintigrafia a emissione di fotone singolo (SPET)
Urografia

COPERTURA GRATUITA PER FIGLI MINORI DI 10 ANNI

Che cosa è assicurato

Se acquistata da almeno un genitore, la Garanzia si estende gratuitamente al **minore di 10 anni indicato in Polizza per il Massimale per persona e annualità assicurativa indicato in Polizza**.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre per questa Garanzia sono esclusi:

a) **prestazioni effettuate dopo la data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono incluse in garanzia le prestazioni per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;
d) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
e) **prestazioni legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
f) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
g) **prestazioni con finalità estetiche;**
h) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio prevenzione delle patologie familiari);**
i) **prestazioni per conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
j) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
k) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità e a terapie con finalità dietologica;**
l) **prestazioni finalizzate a cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
m) **prestazioni di mero controllo;**
n) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le hanno determinate;**
o) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
p) **prestazioni eseguite durante il Ricovero.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia indennizza le spese sostenute per le prestazioni effettuate con applicazione di uno Scoperto del 25% per ogni spesa sostenuta.
Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato:
- si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto;
- chiede il rimborso del solo Ticket sanitario perché è ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione.

L'elenco delle prestazioni è tassativo.
In caso di Day service eseguito presso struttura privata non convenzionata con il SSN rientrano in copertura solo le prestazioni previste dalla presente Garanzia.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

La presente Garanzia:
- **se attivata in abbinamento alla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto o alla Garanzia Spese mediche per malattia o parto, può essere prestata con Copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE" o "SOLO IN RETE" e la Copertura spese mediche scelta è riportata in Polizza;**
- **altrimenti, vale quanto previsto con riferimento alla Copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE".**

MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE
L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.
L'Assicurato può:
- chiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso, oppure
- usufruire del Pagamento diretto tramite Strutture mediche Convenzionate con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italia.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE
L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.

In caso di Copertura spese mediche "SOLO IN RETE":

- le prestazioni possono essere effettuate solo **presso Strutture mediche Convenzionate**;
- l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italia.www.cattolica.it.
- Se la Centrale operativa verifica che **non sono presenti Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato**, lo stesso può effettuare le prestazioni in elenco presso struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate;
- Se l'Assicurato si avvale di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private convenzionate col Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione, Generali Italia riconosce **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.

Art. 3.11 Visite specialistiche

Che cosa è assicurato
Se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese sostenute a seguito di Malattia o Infortunio per:
- onorari per visite effettuate da medico specialista **(escluse le visite pediatriche, ginecologiche e ostetriche, odontoiatriche e ortodontiche, oculistiche volte al controllo del solo visus)**;
- analisi di laboratorio e Accertamenti diagnostici, se pertinenti alla Malattia o Infortunio denunciati.

COPERTURA GRATUITA PER FIGLI MINORI DI 10 ANNI
Che cosa è assicurato
Se è stato selezionato il Massimale per nucleo e se sono assicurati entrambi i genitori, la Garanzia si estende gratuitamente alle stesse condizioni al **minore di 10 anni indicato in Polizza**.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre per questa Garanzia sono escluse:
a) **prestazioni effettuate dopo la data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia.** Sono

incluse in garanzia prestazioni per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;

d) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **prestazioni sanitarie connesse a Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniaco depressive, psicosi, schizofrenie, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **prestazioni legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **prestazioni connesse all'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **prestazioni con finalità estetiche;**
k) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
l) **prestazioni per conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
m) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
n) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
o) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
p) **prestazioni finalizzate a cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
q) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
r) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi;**
s) **visite non effettuate da personale laureato in medicina e chirurgia e in possesso di specializzazione;**
t) **prestazioni relative a terapie e tecniche non convenzionali;**
u) **prestazioni di controllo;**
v) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le hanno determinate;**
w) **prestazioni eseguite durante il Ricovero.**

Come opera la copertura

La presente Garanzia può essere prestata con Copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE" o "SOLO IN RETE". La Copertura spese mediche scelta è riportata in Polizza.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia indennizza le spese sostenute per le prestazioni effettuate con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro per singola prestazione sostenuta e documentata.
Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato:

- si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto;
- chiede il rimborso del solo Ticket sanitario perché è ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione.

In caso di Day service eseguito presso struttura privata non convenzionata con il SSN rientrano in copertura solo le prestazioni previste dalla presente Garanzia.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE
Il Massimale indicato in Polizza vale **per persona per annualità assicurativa**. Se indicato in Polizza "Massimale per nucleo", il massimale vale per **l'insieme delle persone assicurate per annualità assicurativa**.

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE
L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.
L'Assicurato può:
- chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso, oppure
- usufruire del **Pagamento diretto** tramite **Strutture mediche Convenzionate** con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italia.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE
L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.
In caso di Copertura spese mediche "SOLO IN RETE":
- le prestazioni possono essere effettuate solo **presso Strutture mediche Convenzionate**;
- l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'assistenza diretta con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italia;
- Se la Centrale operativa verifica che **non sono presenti Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato**, lo stesso può effettuare le prestazioni in elenco presso struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate;
- Se l'Assicurato si avvale di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private convenzionate col Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione, Generali Italia riconosce **per intero** l'eventuale spesa per **i Ticket sanitari**.

Art. 3.12 Cure fisioterapiche per infortunio

Che cosa è assicurato
La presente Garanzia è prestata in abbinamento alla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, solo per l'evento Infortunio.
Se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, Generali Italia riconosce all'Assicurato le spese sostenute per Trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di Infortunio avvenuto in corso di validità della Garanzia e **attestato da certificato di Pronto Soccorso**.
Solo nel caso di richiesta di rimborso delle spese sostenute, in alternativa al certificato di Pronto Soccorso, l'Assicurato può presentare l'esito di esami strumentali (per esempio, RX, Ecografia, TAC, RMN) eseguiti nell'immediatezza dell'Infortunio a che provano le Lesioni che sono derivate dallo stesso.
L'Assicurato **deve acconsentire** alla visita da parte dei medici incaricati da Generali Italia, alle indagini, valutazioni e accertamenti necessari per determinare il diritto all'Indennizzo.
I trattamenti devono essere **prescritti da un medico con specializzazione** relativa al trauma o alla lesione conseguente all'infortunio denunciato e devono essere **effettuati da personale sanitario abilitato il cui titolo deve risultare dal documento di spesa**.
Sono compresi in Garanzia anche i trattamenti osteopatici e di agopuntura, se eseguiti da medico (laureato in medicina e chirurgia abilitato e iscritto all'albo) e trattamenti logopedici che hanno analoghe finalità terapeutiche, se eseguiti da logopedista in possesso di titolo o laurea abilitante.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **Ticket sanitari**.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre, per questa Garanzia sono esclusi:
a) trattamenti effettuati dopo la data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;
b) conseguenze o complicanze di Infortuni non dichiarati a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzati da Generali Italia o alla stessa denunciati;
c) psicoterapia e psicanalisi;
d) trattamenti osteopatici non eseguiti da un medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da un medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;

e) **Visite specialistiche per la prescrizione dei Trattamenti fisioterapici e rieducativi;**
f) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**
g) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);**
h) **Ricoveri, Day hospital e Day surgery durante i quali si effettuano solo terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuate anche in Ambulatorio;**
i) **trattamenti eseguiti dopo le dimissioni da Ricovero o intervento;**
j) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura dell'Infortunio che le ha determinate.**

Ci sono limiti di copertura

I Trattamenti fisioterapici e rieducativi sono riconosciuti solo:

- **se eseguiti in assenza o prima di un Ricovero o intervento;**
- **per un periodo di massimo un anno dalla data di accadimento dell'Infortunio;**
- **se effettuati in corso di validità della Garanzia.**

Come opera la copertura

La presente Garanzia può essere prestata con Copertura spese mediche "IN RETE E FUORI RETE" o "SOLO IN RETE". La Copertura spese mediche scelta è riportata in Polizza.

MASSIMALE

Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa.**

COPERTURA SPESE MEDICHE IN RETE E FUORI RETE

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
L'Assicurato, in alternativa al rimborso, può usufruire del **Pagamento diretto** tramite **Strutture mediche Convenzionate**, senza necessità di anticipare alcuna spesa con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.

COPERTURA SPESE MEDICHE SOLO IN RETE

In caso di Copertura spese mediche "SOLO IN RETE":

- le prestazioni possono essere effettuate solo **presso Strutture mediche Convenzionate**;
- l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** per attivare l'**assistenza diretta** con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italiawww.cattolica.it.
- se la Centrale Operativa verifica che **non sono presenti Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato**, lo stesso può effettuare le prestazioni in elenco presso struttura medica non convenzionata della propria Provincia di residenza e poi chiedere a Generali Italia il rimborso delle spese anticipate;
- se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia rimborsa **per intero** l'eventuale spesa per **Ticket sanitari**.

Art. 3.13 Cure dentarie

Che cosa è assicurato

Generali Italia, entro i limiti del Massimale indicato in Polizza, riconosce la copertura delle spese relative alle prestazioni, previste nell'elenco sottoindicato, **effettuate solo presso Strutture odontoiatriche Convenzionate** nel corso della validità della Garanzia.

Elenco delle prestazioni:

Visite
Igiene orale
Visita emergenza
Conservativa
Radiologia odontoiatrica
Chirurgia
Endodonzia
Parodontologia

Per tutte le prestazioni relative a Protesi, Ortognatodonzia e Implantologia, **non presenti in elenco e quindi non rimborsabili**, se effettuate presso Strutture odontoiatriche Convenzionate, l'Assicurato può usufruire di tariffe agevolate nei limiti del tariffario.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre, per questa Garanzia sono escluse:

a) **cure effettuate dopo la data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se l'Infortunio è avvenuto o la patologia è stata diagnosticata nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le ha determinate;**
c) **cure che derivano da Infortuni che si sono verificati prima dell'attivazione della Garanzia;**
d) **cure che derivano da stati patologici già esistenti all'attivazione della Garanzia;**
e) **prestazioni relative a "piani di cura" sottoscritti prima dell'attivazione della Garanzia.**

Ci sono limiti di copertura

Non sono rimborsabili le prestazioni che non rientrano nell'elenco sopra riportato.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA.
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE
La presente Garanzia è prestata con il Massimale indicato in Polizza.

Le prestazioni si effettuano **solo in assistenza diretta** presso la rete di Strutture odontoiatriche Convenzionate.
Per usufruire delle prestazioni in elenco, l'Assicurato deve seguire le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Dental Network.
Se, attivato il Dental Network, si riscontra che non sono presenti Strutture odontoiatriche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato, le prestazioni previste possono essere effettuate dall'Assicurato per proprio conto presso altra struttura odontoiatrica non convenzionata. In tal caso, l'Assicurato può chiedere il **rimborso delle spese sostenute nei limiti previsti**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

IN ATTIVITÀ – CURE, ACCERTAMENTI E VISITE			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Alta diagnostica	-	Scoperto del 25% solo a rimborso Non applicabile • se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto • in caso di ticket SSN	

Visite specialistiche	-	Scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro per singola prestazione solo a rimborso Non applicabile • se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto • in caso di ticket SSN	
Cure fisioterapiche per infortunio	-	-	-
Cure dentarie	-	-	-

PER OGNI GIORNO

Che cosa è assicurato?

Art. 3.14 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero o intervento in regime di Day surgery per Malattia, Infortunio, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico dell'Assicurato, Generali Italia paga l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza.
Accertato il diritto all'Indennizzo, Generali Italia corrisponde l'indennità giornaliera dovuta per contratto **per ogni giorno** di Ricovero documentato, **escluso quello di dimissione**.

L'indennità giornaliera per Ricovero è corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni **non cumulabili** tra loro (**si applica solo la maggiorazione di importo più elevato**):
   1. 50% a partire dal quindicesimo giorno dopo quello del Ricovero;
   2. 100% a partire dal trentesimo giorno dopo quello del Ricovero;
   3. 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;
b) aumentata del 50% se l'Istituto di cura è situato fuori dalla Regione di residenza dell'Assicurato.

La Garanzia opera anche in caso di:
- Intervento chirurgico ambulatoriale, **se eseguito in Istituto di cura con rilascio di cartella ambulatoriale**;
- **Day hospital** con indennità giornaliera **ridotta al 50%**.

In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre, sono esclusi:

a) Ricoveri e interventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto, nel periodo di validità della Garanzia;
b) Ricoveri che sono conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;
c) Ricoveri e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia. Sono inclusi in garanzia Ricoveri e interventi per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali)**;**

d) **Ricoveri e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **Ricoveri connessi a Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **Ricoveri connessi a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **Ricoveri e interventi, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **Ricoveri e interventi per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e Ricoveri e interventi relativi alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **Ricoveri con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione);**
k) **Ricoveri e interventi relativi alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica, compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **Ricoveri per la prevenzione di patologie (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
m) **Ricoveri per conseguenze o complicanze di infortuni o patologie non dichiarati** a Generali Italia **in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzati** da Generali Italia **o alla stessa denunciati;**
n) **Ricoveri e interventi relativi alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
o) **Ricoveri e interventi con finalità dietologica;**
p) **Ricoveri e interventi per protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodontoo, interventi preprotesici e di implantologia;**
q) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, Hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
r) **Ricoveri e interventi per l'esecuzione di prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
s) **Ricoveri per terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**
t) **Ricoveri e Day hospital durante i quali sono effettuati solo Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
u) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
v) **Ricoveri e Day hospital per esecuzione di psicoterapia e psicanalisi;**
w) **Ricoveri e Day hospital per prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o infortunio che li hanno determinati;**
x) **prestazioni in Day service;**
y) **Interventi chirurgici ambulatoriali eseguiti presso centri medici e studi medici chirurgici;**
z) **Interventi chirurgici ambulatoriali o Day surgery per patologie dentarie, vascolari degli arti inferiori, endoscopie con biopsia, biopsie in genere, infiltrazioni in genere, suture, laserterapie chirurgiche, diatermocoagulazione, crioterapia, ozonoterapia.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera per ricovero per un periodo massimo di 360 giorni per annualità assicurativa e per Sinistro.
L'importo dell'indennità giornaliera, anche se maggiorata per i motivi di cui alle lettere a) e b) della sezione Che cosa è assicurato del presente articolo, **non può superare il limite di 350,00 euro giornalieri**.
La Garanzia opera con applicazione della Franchigia, se prevista in Polizza.
In caso di **Ricoveri che si verificano a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro** dovuti alla stessa Malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica o in conseguenza del medesimo Infortunio, **la Franchigia si applica una sola volta**.
Le Franchigie pattuite per specifica patologia dichiarata nel Questionario medico si applicano a ogni Sinistro.

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO?

ESEMPIO 1
L'Indennità giornaliera per ricovero indicata in Polizza è 100,00 euro
Non è prevista Franchigia
L'Assicurato subisce un Ricovero con le seguenti caratteristiche:
- della durata di 40 giorni, di cui i primi 12 in un reparto di terapia intensiva
- nella Regione di residenza

CALCOLO DELL'INNENDIZZO
- **Indennità giornaliera per ricovero:** 100,00 euro al giorno per 39 giorni (40 di Ricovero meno il giorno di dimissione) = 3.900,00 euro
- **Maggiorazioni previste dalla lettera a):**
  1. 50,00 euro al giorno per 25 giorni = 1.250,00 euro (50% dell'indennità giornaliera pattuita dal 15° al 39° giorno di ricovero)
  2. 100,00 euro al giorno per 10 giorni = 1.000,00 euro (100% dell'indennità giornaliera pattuita dal 30° al 39° giorno di ricovero)
  3. 100,00 euro al giorno per 12 giorni = 1.200,00 euro (100% dell'indennità giornaliera pattuita dal per ogni giorno di terapia intensiva)

INDENNIZZO TOTALE: 5.150,00 euro (3.900,00 di indennità giornaliera per ricovero + 1.250,00 per la maggiorazione di cui alla lettera a)

ESEMPIO 2
L'Indennità giornaliera per ricovero indicata in Polizza è 200,00 euro
Non è prevista Franchigia
L'Assicurato subisce un Ricovero con le seguenti caratteristiche:
- della durata di 50 giorni
- in Regione diversa da quella di residenza

CALCOLO DELL'INDENNIZZO
- **Indennità giornaliera per ricovero:** 200,00 euro al giorno per 49 giorni (50 di Ricovero meno il giorno di dimissione) = 9.800,00 euro
- **Maggiorazioni previste dalla lettera a):**
  1. 100,00 euro al giorno per 35 giorni = 3.500,00 euro (50% dell'indennità giornaliera pattuita dal 15° al 49° giorno di ricovero)
  2. 200,00 euro al giorno per 20 giorni = 4.000,00 euro (100% dell'indennità giornaliera pattuita dal 30° al 49° giorno di ricovero)
- **Maggiorazione prevista dalla lettera b):** 4.900,00 euro (100,00 euro al giorno per 49 giorni)

INDENNIZZO TOTALE: 17.150,00 (350,00 euro al giorno per 49 giorni)

L'Indennizzo che risulta dalla somma dell'indennità giornaliera per ricovero (9.800,00 euro), della maggiorazione di cui alla lettera a.2) (4.000,00 euro) e della maggiorazione di cui alla lettera b) (4.900,00 euro) è di 18.700,00 euro
Dividendo tale importo per il numero di giorni di ricovero indennizzabili risulta un'indennità giornaliera comprensiva delle maggiorazioni di 381,63 euro
Tale importo è superiore al limite previsto per l'indennità giornaliera, anche se maggiorata per i motivi di cui alle lettere a) e b), di 350,00 euro.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.15 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia

Che cosa è assicurato

A seguito di Ricovero per Malattia, Infortunio, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico indennizzato ai sensi della Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto, Generali Italia paga anche l'indennità giornaliera prevista in Polizza per la convalescenza domiciliare, **prescritta al momento della dimissione,** nei casi e **con i limiti indicati in Polizza per ciascun Assicurato**.

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi i periodi di convalescenza dopo un Ricovero o intervento per il quale Generali Italia **non paga l'Indennità giornaliera come previsto dalla Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto.**
Generali Italia inoltre non paga l'indennità giornaliera per convalescenza in caso di:

- **Ricovero per parto o connesso allo stato di gravidanza;**
- **Intervento chirurgico ambulatoriale per asportazione orzaiolo, cheratosi, verruche, trattamenti dell'acne, follicoliti, dermatiti, eczemi e vitiligine.**

Ci sono limiti di copertura

L'indennità per convalescenza da infortunio o malattia non si cumula con quella prevista dall'articolo Assicurazione infortuni per le ernie addominali da causa violenta.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.16 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero o intervento in regime di Day surgery per Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga all'Assicurato l'indennità giornaliera prevista in Polizza per ogni giorno di degenza.
La Garanzia opera anche in caso di:

- Intervento chirurgo ambulatoriale, **se eseguito in Istituto di cura con rilascio di cartella ambulatoriale**;
- **Day hospital** con indennità giornaliera **ridotta al 50%**.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.
Sono inoltre esclusi gli Interventi chirurgici ambulatoriali eseguiti presso centri medici e studi medici chirurgici.

Ci sono limiti di copertura

L'indennità giornaliera per ricovero è corrisposta per un periodo massimo di 360 giorni per Infortunio, anche non consecutivi.
La Garanzia opera con applicazione della Franchigia, se prevista in Polizza.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.17 Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio

Che cosa è assicurato

A seguito di Ricovero indennizzato ai sensi della Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, Generali Italia paga anche l'indennità giornaliera prevista in Polizza per la convalescenza domiciliare, **prescritta al momento della dimissione**, **nei casi e con i limiti indicati in Polizza per ciascun Assicurato.**

Che cosa NON è assicurato

Sono esclusi i periodi di convalescenza dopo un Ricovero o intervento per il quale Generali Italia non paga l'Indennità giornaliera come previsto dalla Garanzia Indennità giornaliera per ricovero da infortunio.

Ci sono limiti di copertura

L'indennità per convalescenza da infortunio non si cumula con quella prevista dall'articolo Assicurazioni infortuni per le ernie addominali da causa violenta.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.18 Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio

Che cosa è assicurato

Se si verifica un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa e all'Assicurato è applicato un apparecchio gessato o Tutore immobilizzante esterno equivalente non amovibile autonomamente dall'Assicurato, Generali Italia corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza.
Generali Italia paga l'indennità giornaliera a decorrere dal giorno successivo all'applicazione della Gessatura o del Tutore immobilizzante esterno equivalente non amovibile autonomamente dall'Assicurato sino al giorno della sua rimozione.
L'applicazione dell'apparecchio gessato o Tutore immobilizzante esterno equivalente non amovibile autonomamente dall'Assicurato e il tipo di Lesione subita devono essere comprovate da certificazione della struttura ospedaliera o Istituto di cura dove è stata eseguita; la rimozione deve essere comprovata da certificazione scritta dello specialista che ha in cura l'Assicurato oppure del medico della struttura ospedaliera o Istituto di cura dove è avvenuta la rimozione.
In caso di Frattura radiologicamente accertata l'indennità è riconosciuta anche se l'applicazione dell'apparecchio gessato o

Tutore immobilizzante esterno equivalente, anche amovibile autonomamente, è stata eseguita presso centro privato.
L'indennità è riconosciuta, per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, anche in caso di:
- Frattura scomposta di coste o del bacino;
- Frattura composta di almeno due archi costali;
- Frattura vertebrale.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Ci sono limiti di copertura
L'indennità giornaliera è pagata fino alla rimozione della Gessatura o Tutore immobilizzante equivalente esterno non amovibile autonomamente dall'Assicurato, ma **per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e 60 giorni in tutti gli altri casi**.
In caso di **Frattura scomposta del bacino o di Frattura composta di almeno due archi costali**, l'indennità è pagata per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione, ma **per un periodo non superiore a 60 giorni**.
Se per l'Assicurato è presente in Polizza anche l'Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o l'Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio e malattia, **le singole indennità assicurate non si cumulano tra di loro** ed è riconosciuta all'Assicurato **solo l'indennità a lui più favorevole**.

Come si calcola l'Indennizzo?

ESEMPIO:
Sono presenti in Polizza le due Garanzie Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio per 50,00 euro al giorno con il limite massimo di Indennizzo pattuito di 30 giorni e Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio per 50,00 euro al giorno.

Si verifica un Infortunio indennizzabile che ha comportato un Ricovero al termine del quale è stato applicato un apparecchio gessato e prescritta una convalescenza domiciliare di 45 giorni.

L'Indennizzo è calcolato come segue:
- l'importo risultante per la Garanzia Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio è di di 1.500,00 euro (50,00 euro al giorno per massimo 30 giorni);
- l'importo risultante per la Garanzia Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio è di di 2.250,00 euro (50,00 euro al giorno per 45 giorni).

Gli importi delle due indennità non si cumulano e all'Assicurato è pagato il più favorevole, di 2.250,00 euro.

Se la convalescenza prescritta è di almeno 5 giorni, Generali Italia corrisponde un'ulteriore indennità forfettaria per il 25% dei giorni di immobilizzazione, **con il massimo di 10 giorni**.

ESEMPIO: Attivate in Polizza le Garanzia Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio per 50,00 euro al giorno con il limite massimo di Indennizzo pattuito di 30 giorni e Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio per 50,00 euro al giorno.

In caso di Infortunio indennizzabile che ha comportato un Ricovero alla dimissione del quale è stato applicato un apparecchio gessato ed è stata prescritta una convalescenza domiciliare di 45 giorni, oltre alla liquidazione della somma di 50,00 euro al giorno per 45 giorni come soluzione a lui più favorevole (totale di 2.250,00 euro), Generali Italia liquida un'ulteriore indennità forfettaria così calcolata:
- 45 giorni di immobilizzazione x 25% = 11,25 giorni (supera il limite massimo previsto di 10 giorni)
- 10 giorni di immobilizzazione x 50,00 euro = 500,00 euro.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.19 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio

Che cosa è assicurato
Se l'Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, intesa quale perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, Generali Italia paga l'indennità giornaliera indicata in Polizza, **per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'Infortunio**:
- **per intero** per ogni giorno di incapacità totale;

- al 50% per ogni giorno di incapacità parziale,

con applicazione della Franchigia indicata in Polizza.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

Ci sono limiti di copertura

Franchigia 7 giorni (per scaglioni di somma assicurata)

Se per l'Assicurato è indicato in Polizza *"Franchigia per scaglioni di somma assicurata 7 giorni fino a 50,00 euro e 15 giorni per l'eccedenza (non si applica se il Ricovero è di almeno 3 giorni)*", vale quanto segue.

L'indennità assicurata è corrisposta:

- **per la parte di somma assicurata fino a 50,00 euro a partire dall'8° giorno successivo all'Infortunio;**
- **per la parte di somma assicurata oltre i 50,00 euro a partire dal 16° giorno successivo all'Infortunio.**

In caso di Infortunio che comporta un Ricovero in Istituto di cura di almeno tre giorni, Generali Italia corrisponde l'Indennizzo per Inabilità temporanea **senza la Franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino a 50,00 euro**.

Come si applica la Franchigia?

ESEMPIO:
In Polizza è presente la Garanzia Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio per un importo di 80,00 euro.
Si verifica un Infortunio indennizzabile che comporta un'Inabilità temporanea totale di 20 giorni.

In assenza di Ricovero di almeno 3 giorni, l'indennizzo è così calcolato:

- ✓ sui primi 50,00 euro di somma assicurata, l'Indennizzo è corrisposto dall'8° giorno e, quindi, sono pagati 13 giorni per un importo di 650,00 euro;
- ✓ sui restanti 30,00 euro di somma assicurata, l'Indennizzo è corrisposto dal 16° giorno e, quindi, sono pagati 5 giorni per un importo di 150,00 euro.

L'Indennizzo totale è di 800,00 euro (650,00 +150,00).

In caso di Ricovero di almeno 3 giorni, l'Indennizzo è così calcolato:

- ✓ sui primi 50,00 euro di somma assicurata, l'Indennizzo è corrisposto dal 1° giorno e, quindi, sono pagati 20 giorni per un importo di 1.000,00 euro;
- ✓ sui restanti 30,00 euro di soma assicurata, l'Indennizzo è corrisposto dal 16° giorno e, quindi, sono pagati 5 giorni per un importo di 150,00 euro.

L'Indennizzo totale è di 1.150,00 euro (1.000,00 +150,00).

Franchigia 10 giorni

Se per l'Assicurato è indicato in Polizza *"Franchigia 10 giorni (non si applica se il Ricovero è di almeno 3 giorni)"*, vale quanto segue.

L'indennità assicurata è corrisposta a partire dall'11° giorno dopo l'Infortunio.

In caso di infortunio che comporta un Ricovero in Istituto di cura di almeno tre giorni, Generali Italia corrisponde l'Indennizzo per Inabilità temporanea senza la Franchigia.

Come si applica la Franchigia?

ESEMPIO: In Polizza è presente la Garanzia Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio per un importo di 80,00 euro. -
Si verifica un Infortunio indennizzabile che comporta un Ricovero di durata inferiore a 3 giorni e un'Inabilità temporanea di 25 giorni.
L'Indennizzo è così calcolato:
80,00 euro x 15 giorni (25 – 10) = 1.200,00 euro

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.20 Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia

Che cosa è assicurato

In caso di **Malattia** che determina come conseguenza una Inabilità temporanea dell'Assicurato a svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza, Generali Italia riconosce l'indennità giornaliera prevista in Polizza:

- al 100%, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo in parte l'attività professionale dichiarata in Polizza.

Generali Italia paga l'indennità dal giorno successivo alla denuncia della Malattia fino all'ultimo giorno di inabilità, **dedotti i giorni di Franchigia** indicati in Polizza.
Il decorso della Malattia deve essere documentato da **certificazione medica** rilasciata da Istituto di cura o medico specialista **fino a guarigione avvenuta** e senza interruzione tra una certificazione e l'altra.
Se l'Assicurato non ha rinnovato i certificati medici, l'Indennizzo è riconosciuto considerando come data di guarigione quella indicata dall'ultimo certificato inviato. Generali Italia può, se in grado, stabilire una data anteriore.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia sono esclusi:

a) **Inabilità temporanee successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto, nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **conseguenze da eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono incluse in garanzia deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;
d) **conseguenze da eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **Inabilità temporanee conseguenti a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **Inabilità temporanee conseguenti a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **Inabilità temporanee conseguenti a disturbi dell'identità sessuale;**
h) **Inabilità temporanee conseguenti all'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **Inabilità temporanee conseguenti a tutte le prestazioni finalizzate al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e Inabilità temporane relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **Inabilità temporanee conseguenti a tutte le prestazioni con finalità estetiche;**
k) **Inabilità temporanee conseguenti a tutte le prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **Inabilità temporanee conseguenti a prestazioni con finalità preventiva (per esempio: per la prevenzione delle patologie familiari);**
m) **Inabilità temporanee che derivano da conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
n) **Inabilità temporanee conseguenti a tutte le prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
o) **Inabilità temporanee conseguenti a tutte le prestazioni e le terapie con finalità dietologica;**
p) **Inabilità temporanee conseguenti a patologie e cure dentarie;**
q) **degenze (e relative conseguenze) in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
r) **conseguenze relative a prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
s) **conseguenze relative a Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
t) **Ricoveri (e relative conseguenze) per stati vegetativi e per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
u) **conseguenze relative a prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano alla cura della patologia che le hanno determinate.**

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia opera con applicazione della Franchigia, se prevista in Polizza.
Generali Italia paga l'indennità per un periodo complessivo non superiore a 150 giorni per annualità assicurativa, anche non continuativi, per uno o più eventi occorsi nella stessa annualità assicurativa.
L'indennità non è pagata in caso di parto, gravidanza e puerperio.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 3.21 Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di incapacità fisica totale dell'Assicurato di svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza, che deriva in via diretta ed esclusiva da Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga, **per ogni periodo di Inabilità temporanea di 90 o 60 giorni consecutivi** (sulla base dell'opzione indicata in Polizza), un **Indennizzo forfettario** di **1/4** (se l'opzione scelta è 90 giorni) o **1/6** (se l'opzione scelta è 60 giorni) della somma assicurata, fino al **massimo di 4 periodi di 90 giorni** ciascuno o **6 periodi di 60 giorni** ciascuno.
Generali Italia paga l'Indennizzo alle seguenti condizioni:

- una volta decorso il periodo di 90 o 60 giorni;
- dopo aver ricevuto la documentazione che prova l'Infortunio e l'Inabilità temporanea.

Come si calcola l'Indennizzo?

ESEMPIO: se la somma assicurata per la Garanzia Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio è di 24.000 euro ed è stata scelta l'opzione 90 giorni, in caso di incapacità fisica totale, per i primi 90 giorni consecutivi di Inabilità temporanea è corrisposto un Indennizzo di 6.000,00 euro calcolato come segue:

24.000,00/4 = 6.000,00

per i successivi 90 giorni consecutivi di Inabilità temporanea è corrisposto un Indennizzo di 6.000,00 euro, calcolato come segue:

24.000,00/4 = 6.000,00

E così via fino a un massimo di 4 periodi di 90 giorni:

6.000,00 euro*4 periodi = 24.000,00 euro

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

IN ATTIVITÀ – PER OGNI GIORNO			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto	Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato	-	Massimo 360 giorni per annualità assicurativa. Indennità ridotta del 50% in caso di Day hospital. Anche se maggiorata, se previsto, l'indennità non può superare 350,00 euro giornalieri.
Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia	-	-	
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato	-	Massimo 360 giorni per Infortunio (anche non consecutivi) Indennità ridotta del 50% in caso di Day hospital.
Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio	-	-	
Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio	-	-	Periodo dall'applicazione alla rimozione della Gessatura o del Tutore immobilizzante esterno equivalente con il massimo di 20 giorni per le dita e 60 giorni in tutti gli altri casi. Periodo di immobilizzazione in caso di Frattura scomposta del bacino o di Frattura composta di almeno due archi costali con il massimo 60 giorni. Se l'Assicurato ha acquistato anche l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia, Generali Italia riconosce l'indennità a lui più favorevole. Inoltre, se la convalescenza prescritta è di almeno 5 giorni è prevista un'indennità aggiuntiva per il 25% dei giorni di immobilizzazione con il massimo di 10 giorni.
Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio	Franchigia per scaglioni di somma assicurata (7 giorni fino a 50,00 euro e 15 giorni per l'eccedenza – non si applica se il Ricovero è di almeno 3 giorni) oppure 10 giorni (come indicato in Polizza per ciascun Assicurato)	-	Massimo un anno dall'Infortunio
Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia	-	-	Massimo per 150 giorni per annualità assicurativa (anche non continuativi). Al 100% per ogni giorno di inabilità totale. Al 50% per ogni giorno di inabilità parziale.

Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio	-	-	¼ della somma indicata in Polizza per Assicurato per ogni periodo di 90 giorni di inabilità con il massimo di 4 periodi per annualità assicurativa oppure 1/6 della somma indicata in Polizza per Assicurato per ciascun periodo di 60 giorni di inabilità con il massimo di 6 periodi per annualità assicurativa

A VITA

Che cosa è assicurato?

L'Assicurato può attivare una delle seguenti formule:

BASIC
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia
- Indennizzo forfettario per gravi eventi

COMFORT
- Grandi interventi chirurgici
- Malattie oncologiche
- Alta diagnostica

TOP
- Spese mediche per infortunio, malattia o parto
- Alta diagnostica
- Visite specialistiche

A VITA - BASIC

Art. 4.1 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero o intervento in regime di Day surgery per Infortunio o Malattia dell'Assicurato, Generali Italia paga allo stesso l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza.
Accertato il diritto all'Indennizzo, Generali Italia paga l'indennità giornaliera dovuta per contratto per ogni giorno di Ricovero documentato, **escluso quello di dimissione**.
L'indennità giornaliera per ricovero è corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni **non cumulabili** tra loro:
   - 50% a partire dal quindicesimo giorno dopo quello del Ricovero;
   - 100% a partire dal trentesimo giorno dopo quello del Ricovero;
   - 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;

b) aumentata del 50% se l'Istituto di cura è situato fuori dalla regione di residenza dell'Assicurato.

La Garanzia è estesa al Day hospital con indennità giornaliera **ridotta al 50%**.

In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre, sono esclusi:

a) Ricoveri e interventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;

b) **Ricoveri che sono conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **Ricoveri e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono inclusi in garanzia Ricoveri e interventi per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;
d) **Ricoveri e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **Ricoveri connessi a Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **Ricoveri connessi a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **Ricoveri e interventi, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **Ricoveri e interventi per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e Ricoveri e interventi relativi alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **Ricoveri con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione**;
k) **Ricoveri e interventi relativi alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica, compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **Ricoveri finalizzati alla prevenzione di patologie (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
m) **Ricoveri per conseguenze o complicanze di infortuni o patologie non dichiarati a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzati da Generali Italia o alla stessa denunciati;**
n) **Ricoveri e interventi relativi alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
o) **Ricoveri e interventi con finalità dietologica;**
p) **Ricoveri e interventi per protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
q) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, Hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
r) **Ricoveri e interventi per l'esecuzione di prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
s) **Ricoveri per terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**
t) **Ricoveri e Day hospital durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
u) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza, cioè quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
v) **Ricoveri e Day hospital per esecuzione di psicoterapia e psicanalisi;**
w) **Ricoveri e Day hospital per prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o infortunio che le hanno determinate;**
x) **prestazioni in Day service;**
y) **Ricoveri, interventi e Day hospital causati da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;**
z) **quarantena e tutte le forme di isolamento fiduciario o simili;**
aa) **sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;**
bb) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;**
cc) **prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate.**

Ci sono limiti di copertura

L'indennità giornaliera per ricovero è corrisposta per un periodo massimo di 360 giorni per annualità assicurativa.
L'importo dell'indennità giornaliera, anche se maggiorata per i motivi di cui alle lettere a) e b) della sezione Che cosa è assicurato del presente articolo, **non può superare il limite di 350,00 euro giornalieri.**

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

Art. 4.2 Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia

Che cosa è assicurato
In caso di **Ricovero in Istituto di cura** o di **Intervento chirurgico**, anche ambulatoriale o in Day surgery, indennizzabile in base alla copertura assicurativa e avvenuto nel corso della validità della Garanzia, **per Infortunio o Malattia**, Generali Italia rimborsa le spese sostenute per:

- esami, Accertamenti diagnostici e viste specialistiche, effettuati **nei 60 giorni precedenti** il Ricovero o l'intervento, se riconducibili alla Malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e Visite specialistiche, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali, Trattamenti fisioterapici rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature **prescritte da medico specialista**, effettuati **nei 60 giorni successivi** alla data dell'intervento o delle dimissioni dal Ricovero, **se riconducibili** alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Il Day service **non è equiparato al Ricovero**.
Se l'Assicurato si avvale del **Servizio Sanitario Nazionale**, si riconosce **per intero** l'eventuale spesa per **Ticket sanitari**.

Che cosa NON è assicurato
Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre sono escluse:

a) Ricoveri o interventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;
b) conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;
c) visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia. Sono inclusi in garanzia visite, accertamenti e interventi per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;
d) visite, accertamenti e interventi per eliminare o correggere difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);
e) prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;
f) prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);
g) visite, accertamenti, Ricoveri, interventi, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;
h) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
i) prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative al la fecondazione assistita e artificiale;
j) prestazioni con finalità estetiche. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**
k) prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;
l) prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);
m) conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;
n) prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;
o) prestazioni e terapie con finalità dietologica;
p) protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;
q) prestazioni connesse a degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici,

fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;

r) prestazioni e le tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

s) Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;

t) Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

u) prestazioni di psicoterapia e psicanalisi;

v) spese per farmaci, parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;

w) spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);

x) prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o infortunio che le hanno determinate;

y) prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è direttamente riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;

z) trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;

aa) sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;

bb) prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);

cc) spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o intervento (per esempio: costo della cartella clinica, telefono, bar, ristorante);

dd) spese connesse a Day hospital o Day service;

ee) prestazioni connesse a Ricoveri o interventi causati da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;

ff) quarantena e tutte le forme di isolamento fiduciario o simili;

gg) sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;

hh) prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;

ii) prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia riconosce le spese sostenute, nell'ambito del Massimale previsto in Polizza, per le suddette prestazioni con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro sull'ammontare delle spese indennizzabili per ciascun Ricovero o intervento.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE

Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa.**

L'Assicurato può chiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.

Art. 4.3 Indennizzo forfettario per gravi eventi

Che cosa è assicurato

Generali Italia paga all'Assicurato l'**importo fisso indicato in Polizza** a titolo di rimborso forfettario per spese mediche in

caso di Diagnosi o accadimento di uno dei seguenti eventi nel corso della validità della Garanzia:

- **Infarto miocardico acuto**: Coronaropatia quando provoca necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico con Ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La Diagnosi è formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- **Chirurgia cardiovascolare**: procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico; interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica; sono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedono toracotomia come per esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.
- **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto)**: emorragia o infarto cerebrale trombosi o embolia a esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di Ricovero ospedaliero che produce danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di Indennizzo.
- **Tumore**: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui Diagnosi è basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; per la sola Garanzia in oggetto sono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio e i tumori cutanei a eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.
- **Insufficienza renale**: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- **Trapianto d'organo**: Malattie che comportano la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesta la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.
- **Paralisi**: perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe diagnosticata e dimostrata da evidenza neurologica permanente e irreversibile.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) **Diagnosi o eventi successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia;**
b) **conseguenze e complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
c) **Diagnosi ed eventi che sono conseguenze e complicanze di malattia pandemica o epidemica;**
d) **sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;**
e) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;**
f) **prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate.**

Ci sono limiti di copertura

Al pagamento dell'Indennizzo, corrisposto per una sola delle Malattie sopra citate, la presente Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

RICHIESTA DI INDENNIZZO
L'Indennizzo è dovuto se:

- **dalla data della prima Diagnosi provata da certificazione medica e cartella clinica a quella della denuncia, sono trascorsi almeno 90 giorni;**
- **alla data della denuncia l'Assicurato è ancora in vita.**

Ai fini della presente Garanzia non è necessario presentare giustificativi di spesa.

L'Assicurato può chiedere l'Indennizzo previsto dalla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO.

A VITA - COMFORT

Art. 4.1 Grandi interventi chirurgici

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle seguenti spese, se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, per Grande Intervento Chirurgico previsto nell'ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (riportato alla fine delle presenti Condizioni di assicurazione), subito dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia per Infortunio, Malattia o Malattia oncologica.

Elenco delle spese:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese endoprotesi applicate durante l'intervento;
b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) rette di degenza;
d) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
e) protesi anatomiche;
f) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
g) se effettuate nei **100 giorni prima** dell'Intervento chirurgico,
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento;
h) se effettuate nei **150 giorni** dopo la data delle dimissioni dal Ricovero:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi all'intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,
   - acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi all'intervento,
   - agopuntura se effettuata da medico,
   - cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento.
i) assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio **nei 45 giorni successivi** alla data di dimissione;
j) spese sostenute e documentate per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza in Italia e all'estero;
k) per un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:
   - per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero **solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura**.
   - spese di viaggio con treno o aereo.

Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia **rimborsa per intero** l'eventuale spesa per i **Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.
Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.
Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere g), h), i), j) e k) – sono comunque riconosciute se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera m) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**
In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) **prestazioni sanitarie successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia.** Sono comprese - **entro i limiti previsti** - le spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia**;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia;**
d) **prestazioni con finalità estetiche.** Sono invece inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**
e) **interventi di chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
f) **interventi per conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
g) **interventi relativi alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità inferiore al secondo grado;**
h) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
i) **interventi e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e prestazioni non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
j) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi;**
k) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici, vaccini;**
l) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**
m) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o infortunio che le hanno determinate;**
n) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è direttamente riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;**
o) **trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;**
p) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**
q) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);**
r) **spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante);**
s) **Grandi interventi chirurgici e prestazioni a essi connesse causati da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;**
t) **sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;**
u) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;**
v) **prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate.**

Ci sono limiti di copertura

Le spese relative all'utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il limite massimo di 5.000,00 euro per intervento (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta).
Le spese relative all'acquisto di protesi anatomiche sono garantite con il limite massimo di 10.000,00 euro.
Le spese per l'assistenza infermieristica professionale a domicilio sono garantite con il limite massimo di 4.000,00 euro per intervento.
Le spese per il trasporto dell'Assicurato sono garantite con il limite massimo di 5.000,00 euro per intervento.
Le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore sono garantite con il limite di 150,00 euro per un

periodo non superiore a quello del Ricovero con un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento; le spese di viaggio dell'accompagnatore sono garantite con il massimo di 2.500,00 euro per intervento.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE

Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le prestazioni previste dalla presente Garanzia effettuate durante il Ricovero per le quali si ricorre a **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta**, senza necessità di anticipare alcuna spesa con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.
In caso di Grandi interventi chirurgici effettuati in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

Art. 4.2 Malattie oncologiche

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle seguenti spese, se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, in caso di:

- **Ricovero** con o senza intervento,
- **Day surgery** o **Intervento chirurgico ambulatoriale**

subìti dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia per Malattia oncologica.

Elenco delle spese:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese endoprotesi applicate durante l'intervento;
b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il Day surgery o Intervento chirurgico in Ambulatorio medico;
d) rette di degenza;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) protesi anatomiche;
g) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
h) se effettuate nei **100 giorni** prima dell'Intervento chirurgico o Ricovero in Istituto di cura,
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia oncologica che ha determinato l'intervento o il Ricovero;
i) se effettuate nei **150 giorni** dopo la data dell'intervento o delle dimissioni dal Ricovero:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi al Ricovero o intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,
   - acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
   - Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi all'intervento,
   - agopuntura se effettuata da medico,
   - cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento o il Ricovero.
j) assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio **nei 60 giorni successivi** alla data di dimissione;
k) spese sostenute e documentate, per il trasporto dell'Assicurato dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza in Italia e all'estero;
l) per un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:

- per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero **solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura**.
- spese di viaggio con treno o aereo.

Il **Day service non è equiparato al Ricovero**.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia **rimborsa per intero** l'eventuale spesa per i **Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica Convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o **le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.
Generali Italia paga l'indennità giornaliera anche in caso di Intervento chirurgico in regime di **Day surgery** ma **ridotta del 50%** dell'importo sopra indicato.
Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.
Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere h), i), j),k) e l) – sono comunque riconosciute se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera l) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**
In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero.

ESTENSIONE DELLE CURE ONCOLOGICHE

Che cosa è assicurato

Nell'ambito del Massimale previsto per la presente Garanzia Malattie Oncologiche, in caso di Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna accertata con esame strumentale o istologico, sono previste, **fino a 2 anni dalla prima Diagnosi**, le seguenti prestazioni:

- terapie oncologiche non chirurgiche riconosciute e validata dai protocolli delle Autorità internazionali, **prescritte da un medico specialista**, svolte anche in regime di Day hospital o ambulatoriale;
- Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici svolti in assenza di Ricovero;
- n. 10 sedute di psicoterapia e psicoanalisi, se prescritte da un **medico specialista** (psichiatra, neurologo o oncologo) e **riconducibili alla patologia**, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (per esempio: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

Inoltre, **l'Indennità sostitutiva è riconosciuta al 100%**, anche per le terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service di tipo MAC (macroattività assistenziale complessa) o PAC (pacchetto assistenziale complesso).

Che cosa NON è assicurato

Oltre alle esclusioni previste per la Garanzia, sono escluse anche:

a) terapie oncologiche non chirurgiche NON riconosciute e validate dai protocolli delle Autorità internazionali;
b) spese per il trasporto dell'Assicurato e per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
c) in caso di Day hospital o Day service, spese pre e post, per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura), per il trasporto dell'Assicurato, per vitto e trasporto dell'accompagnatore;
d) prestazioni a scopo preventivo.

Ci sono limiti di copertura

L'estensione vale nei **2 anni successivi** alla prima Diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna, se questa è diagnosticata per la prima volta in corso di validità della Garanzia. **In caso di cessazione della Garanzia, Generali Italia non riconosce spese per rette di degenza, spese pre e post e spese per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura) né l'indennità sostitutiva per le terapie oncologiche eseguite in regime di Day hospital o Day service.**

La Diagnosi di un'eventuale **Recidiva non costituisce termine** per la nuova decorrenza della presente estensione.
Le sedute di psicoterapia o psicoanalisi sono previste **solo a rimborso fino a un massimo di n. 10 sedute.**

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni malattie.
Inoltre sono esclusi:

a) **prestazioni sanitarie successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata nel periodo di validità della Garanzia**. Sono comprese - **entro i limiti previsti** - le spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia e delle prestazioni previste dall'Estensione delle cure oncologiche**;**
b) **conseguenze dirette di Malattie, Malformazioni, stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
d) **conseguenze di terapie mediche e chirurgiche legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
e) **conseguenze di trattamenti dell'infertilità, sterilità e impotenza e trattamenti relativi alla fecondazione assistita e artificiale;**
f) **prestazioni con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**
g) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
h) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
i) **conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
j) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
k) **protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
l) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
m) **cure (come anche visite e accertamenti) e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
n) **terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;**
o) **Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;**
p) **Ricoveri per stati vegetativi e Ricoveri per lunga degenza determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
q) **prestazioni di psicoterapia e psicanalisi (**a eccezione di quanto previsto dall'Estensione delle cure oncologiche**);**
r) **spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;**
s) **spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);**
t) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia che le ha determinate;**
u) **prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è direttamente riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;**
v) **trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;**
w) **sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;**
x) **prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);**

y) **spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante);**
z) **Day hospital e Day service,** a eccezione di quanto previsto dall'Estensione delle cure oncologiche**;**
aa) **Ricoveri, interventi, Day hospital, Day service e prestazioni a essi connessi causati da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;**
bb) **sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;**
cc) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;**
dd) **prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate.**

Ci sono limiti di copertura

Le spese relative all'utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il limite massimo di 5.000,00 euro (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta) per intervento.
Le spese relative all'acquisto di protesi anatomiche sono garantite con il limite massimo di 10.000,00 euro.
Le spese relative all'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio sono garantite con il limite massimo di 6.000,00 euro per Ricovero o intervento.
Le spese per il trasporto dell'Assicurato sono garantite con il limite massimo di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento.
Le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore sono garantite con il limite di 150,00 euro per un periodo non superiore alla durata del Ricovero con un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero; le spese di viaggio dell'accompagnatore sono garantite con il massimo di 2.500,00 per Ricovero o intervento.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le prestazioni previste dalla presente Garanzia effettuate durante il Ricovero o Day surgery e per gli Interventi chirurgici ambulatoriali (e per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche ed esami di laboratorio previsti dall'Estensione delle cure oncologiche eseguiti anche in regime di Day hospital o ambulatoriale) tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. Per le terapie oncologiche, gli Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche ed esami di laboratorio previsti dall'Estensione delle cure oncologiche l'assistenza diretta non opera se effettuati dopo la cessazione della validità della Garanzia.
In caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

Art. 4.3 Alta diagnostica

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle spese da Malattia o Infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione.

Elenco delle prestazioni:

Angiografia
Arteriografia
Cistografia
Clisma Opaco
Coronarografia
Colecistografia

Doppler: eco-color-doppler; eco-doppler
Ecocardiografia
EEG – elettroencefalogramma
Elettromiografia
Endoscopie diagnostiche (effettuate con endoscopio) con o senza biopsia
Esame urodinamico completo
Fistolografia
Fluorangiografia oculare
Isterosalpingografia
Holter
Laserterapia antalgica effettuata da terapista della riabilitazione
Mielografia
MOC - mineralometria ossea computerizzata
Risonanza Magnetica Computerizzata
Scialografia
Scintigrafia
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Tomografia a emissione di positroni (PET)
Tomoscintigrafia a emissione di fotone singolo (SPET)
Urografia

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre per questa Garanzia sono esclusi:

a) **prestazioni succesive alla data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono incluse in garanzia le prestazioni per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali**;**
d) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
e) **prestazioni legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
f) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
g) **prestazioni con finalità estetiche;**
h) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
i) **prestazioni per conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
j) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
k) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità e a terapie con finalità dietologica;**
l) **prestazioni finalizzate a cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
m) **prestazioni di mero controllo;**
n) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le hanno determinate;**
o) **prestazioni richieste da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;**
p) **sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;**
q) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;**
r) **prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate;**
s) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
t) **prestazioni eseguite durante il Ricovero.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia indennizza le spese sostenute per le prestazioni effettuate con applicazione di uno Scoperto del 25% per ogni spesa sostenuta. Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato:
- si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto;
- chiede il rimborso del solo Ticket sanitario perché è ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione.

L'elenco delle prestazioni è tassativo.
In caso di Day service eseguito presso struttura privata non convenzionata con il SSN rientrano in copertura solamente le prestazioni previste dalla presente Garanzia.

Quando comincia la copertura e quando finisce
DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura
MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.
L'Assicurato può:
- chiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso, oppure
- usufruire del **Pagamento diretto** con il ricorso alle **Strutture mediche Convenzionate** con pagamento dello scoperto del 25%, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.

A VITA - TOP

Art. 4.1 Spese mediche per infortunio, malattia o parto

Che cosa è assicurato
Generali Italia copre in caso di:
- **Ricovero** con o senza intervento,
- **Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale**,

subìti dall'Assicurato nel corso di validità della Garanzia per Malattia, Malattia oncologica, Infortunio, parto, aborto spontaneo o terapeutico,

le spese per:

a) onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e i materiali di intervento, comprese endoprotesi applicate durante l'intervento;
b) assistenza medica e infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il periodo di Ricovero;
c) assistenza medica e infermieristica, medicinali, esami e Accertamenti diagnostici necessari durante il Day surgery o Intervento chirurgico in Ambulatorio medico;
d) rette di degenza;
e) utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
f) protesi anatomiche;
g) trapianto di organi o parti di essi e Ricovero del donatore;
h) se effettuate nei **100 giorni** prima dell'Intervento chirurgico o Ricovero in Istituto di cura,
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,

   e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento o il Ricovero, escluso il caso di parto;
i) se effettuate nei **150 giorni** dopo la data dell'intervento o delle dimissioni dal Ricovero:
   - esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche,
   - medicinali con prescrizione medica relativi al Ricovero o intervento,
   - prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali,

- acquisto e noleggio di apparecchi sanitari per il recupero della deambulazione,
- Trattamenti fisioterapici o rieducativi incluso il noleggio di apparecchiature prescritte da medico specialista relativi all'intervento,
- agopuntura se effettuata da medico,
- cure termali (escluse le spese di natura non sanitaria),

e solo se relativi alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato l'intervento o il Ricovero, escluso il caso di parto;

j) in caso di parto cesareo, esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche, medicinali con prescrizione medica, altre prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali (escluse tutte le prestazioni ostetriche) effettuati **nei 150 giorni successivi alla data di dimissioni dal Ricovero se relativi al parto cesareo che ha determinato il Ricovero;**

k) assistenza prestata a domicilio da infermiere professionale iscritto nell'apposito albo (non è riconosciuta l'assistenza ostetrica domiciliare) **nei 45 giorni successivi** alla data di dimissione, **escluso il caso di parto**; In caso di Malattia oncologica, l'assistenza è prestata **per un periodo di 60 giorni dalla dimissione;**

l) spese sostenute e documentate per il trasporto dell'Assicurato:
- dalla sua residenza all'Istituto di cura per il Ricovero o Day surgery e ritorno con treno, aereo, ambulanza, eliambulanza in Italia e all'estero, **solo con ambulanza in caso di parto**;
- dal luogo dell'Infortunio in Istituto di cura e ritorno a casa, **con qualunque mezzo solo in caso di Infortunio**.

m) un solo accompagnatore dell'Assicurato, se dimostrate con documentazione giustificativa:
- per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, in Italia e all'estero **solo per il periodo di ricovero dell'Assicurato presso l'Istituto di cura, escluso il caso di parto**.
- spese di viaggio con treno o aereo, **escluso il caso di parto**.

Il **Day service non è equiparato al Ricovero**.
Se l'Assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale, Generali Italia **rimborsa per intero** l'eventuale spesa per i **Ticket sanitari**.
In caso di trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di cura a un altro in modo continuativo, i Ricoveri sono considerati unico evento: in tal caso, se la degenza avviene in parte presso Istituto di cura privato e in parte a carico del SSN, Generali Italia riconosce solo la prestazione più favorevole all'Assicurato tra le spese sostenute da Generali Italia presso Struttura medica convenzionata o dall'Assicurato a rimborso e l'Indennità sostitutiva.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Che cosa è assicurato

L'Assicurato, se non chiede alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di Ricovero o **le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, ha diritto a un'**indennità giornaliera di 150,00 euro** per ciascun giorno di Ricovero, escluso quello di dimissione.
Generali Italia paga l'indennità giornaliera anche in caso di Intervento chirurgico in regime di **Day surgery** ma **ridotta del 50%** dell'importo sopra indicato.
Se l'Assicurato si ricovera in regime di convenzionamento diretto con spese a carico di Generali Italia non ha diritto all'Indennità sostitutiva.
Le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di Ricovero – lettere h), i), j), k), l) e m) – sono comunque riconosciute se indennizzabili in base alla copertura assicurativa. **Le spese di cui alla lettera m) sono riconosciute solo per il viaggio dell'accompagnatore.**
In caso di trapianto, Generali Italia non paga alcuna indennità giornaliera per il Ricovero del donatore vivente.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera **fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero**.

ESTENSIONE DELLE CURE ONCOLOGICHE

Che cosa è assicurato

Nell'ambito del Massimale per la presente Garanzia, in caso di Diagnosi di Malattia oncologica determinata da neoplasia maligna accertata con esame strumentale o istologico, sono previste, **fino a 2 anni dalla prima Diagnosi**, le seguenti prestazioni:

- terapie oncologiche non chirurgiche riconosciute e validata dai protocolli delle Autorità internazionali, **prescritte da un medico specialista**, svolte anche in regime di Day hospital o ambulatoriale;
- Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici svolti in assenza di Ricovero;
- n. 10 sedute di psicoterapia e psicoanalisi, se prescritte da un **medico specialista** (psichiatra, neurologo o oncologo) e **riconducibili alla patologia**, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (per esempio: medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

Inoltre, **l'Indennità sostitutiva è riconosciuta al 100%**, anche per le terapie oncologiche non chirurgiche eseguite in regime di Day hospital o Day service di tipo MAC (macroattività assistenziale complessa) o PAC (pacchetto assistenziale complesso).

Che cosa NON è assicurato

Oltre alle esclusioni previste per la Garanzia, sono escluse anche:

a) **terapie oncologiche non chirurgiche NON riconosciute e validate dai protocolli delle Autorità internazionali;**
b) **spese per il trasporto dell'Assicurato e per vitto e trasporto dell'accompagnatore;**
c) **in caso di Day hospital o Day service, spese pre e post, per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura), per il trasporto dell'Assicurato, per vitto e trasporto dell'accompagnatore;**
c) **prestazioni a scopo preventivo.**

Ci sono limiti di copertura

L'estensione vale nei **2 anni dopo** la prima Diagnosi della patologia oncologica determinata da neoplasia maligna, se questa è diagnosticata per la prima volta in corso di validità della Garanzia. **In caso di cessazione della Garanzia, Generali Italia non riconosce spese per rette di degenza, spese pre e post e spese per assistenza infermieristica (sia durante che dopo la permanenza in Istituto di cura) né l'Indennità sostitutiva per le terapie oncologiche eseguite in regime di Day hospital o Day service.**
La Diagnosi di un'eventuale **Recidiva non costituisce termine** per la nuova decorrenza della presente estensione.
Le sedute di psicoterapia o psicoanalisi sono previste **solo a rimborso fino a un massimo di n. 10 sedute.**

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre, per questa Garanzia sono esclusi:

a) **prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia**. - Sono comprese - **entro i limiti previsti** - delle spese successive alla data di dimissione da Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della Garanzia e delle prestazioni previste dall'Estensione delle cure oncologiche**;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono inclusi in garanzia visite, accertamenti e interventi per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali**;**
d) **visite, accertamenti e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **prestazioni connesse a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **visite, accertamenti, Ricoveri, interventi, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **prestazioni con finalità estetiche**. Sono inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;**
k) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
l) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
m) **conseguenze o complicanze di patologie già indennizzate e non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
n) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità inferiore al secondo grado;**
o) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
p) **protesi dentarie e ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi preprotesici e di implantologia;**
q) **degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità**

dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;

r) tecniche e prestazioni che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

s) terapie sperimentali non validate dalle Autorità internazionali in quanto la loro validità terapeutica e curativa non è stata accertata;

t) Ricoveri, Day hospital e Day service durante i quali sono effettuati solo esami, visite, Accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in Ambulatorio;

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

v) prestazioni di psicoterapia e psicanalisi (a eccezione di quanto previsto dall'Estensione delle cure oncologiche**);**

w) spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici e vaccini;

x) spese per sussidi e presidi sanitari (per esempio: tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti, stampelle, scarpe ortopediche, ghiaccio, alzawater, parrucca, materasso antidecubito, sollevatori);

y) prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o non inerenti alla cura della patologia o infortunio che le hanno determinate;

z) prestazioni eseguite da operatori non inquadrati come personale infermieristico in possesso di diploma universitario abilitante e di iscrizione all'albo professionale. Sono escluse anche le prestazioni fatturate da Onlus o da qualsiasi altra associazione la cui ragione sociale non è direttamente riconducibile all'attività professionale infermieristica prestata;

aa) trattamenti osteopatici non eseguiti da medico, trattamenti di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;

bb) sedute di terapie riabilitative e rieducative non eseguite presso strutture sanitarie o studi privati autorizzati;

cc) prestazioni non sanitarie o eseguite da personale non riconosciuto negli elenchi ministeriali delle professioni sanitarie (per esempio: massoterapista, podologo, massaggiatore capo bagnino degli stabilimenti idroterapici, laureato in scienze motorie);

dd) infiltrazioni eseguite con prodotto non farmacologico, fattori di crescita e gel piastrinico;

ee) spese amministrative e di natura non sanitaria sostenute in caso di Ricovero o all'intervento (per esempio: costo cartella clinica, telefono, bar, ristorante);

ff) Day hospital e Day service, a eccezione di quanto previsto dall'Estensione delle cure oncologiche**;**

gg) Ricoveri, interventi, Day hospital, Day service e prestazioni a essi connesse causati da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;

hh) quarantena e tutte le forme di isolamento fiduciario o simili;

ii) sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;

jj) prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;

kk) prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate.

Ci sono limiti di copertura

Le spese relative al Ricovero per **parto naturale** sono garantite con il **massimo di 3.000,00 euro**.
Le spese relative al Ricovero per **parto cesareo** sono garantite con il **massimo di 5.000,00 euro**.
Le spese relative all'utilizzo di **tecniche robotiche** comprensivo di kit materiale monouso sono garantite con il limite **massimo di 5.000,00 euro per intervento** (tale limite non si applica in caso di Ricovero in assistenza diretta).
Le spese relative all'acquisto di **protesi anatomiche** sono garantite con il limite **massimo di 10.000,00 euro.**
Le spese per l'assistenza infermieristica professionale a domicilio sono garantite con il limite **massimo di 4.000,00 euro per Ricovero o intervento (**elevati a **6.000,00 euro** in caso di **Malattia oncologica).**
Le spese per **il trasporto dell'Assicurato** sono garantite con il limite **massimo di 5.000,00 euro per Ricovero o intervento.**
Le spese per **il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore** sono garantite con il limite di **150,00 euro** per un periodo non superiore a quello del Ricovero con **un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero o intervento;** le **spese di viaggio dell'accompagnatore** sono garantite con il **massimo di 2.500,00 euro per Ricovero o per intervento.**

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE

Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato può chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per le prestazioni previste dalla presente Garanzia effettuate durante il Ricovero o Day surgery e per gli Interventi chirurgici ambulatoriali (e per le terapie oncologiche e gli Accertamenti diagnostici previsti dall'Estensione delle cure oncologiche eseguiti anche in regime di Day hospital o ambulatoriale) tramite **Strutture mediche Convenzionate**, l'Assicurato può chiedere l'**assistenza diretta** senza necessità di anticipare alcuna spesa, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. Per le terapie oncologiche e gli Accertamenti diagnostici previsti dall'Estensione delle cure oncologiche l'assistenza diretta non opera se effettuati dopo la cessazione della validità della Garanzia.
In caso di Ricovero o Day surgery effettuato in assistenza diretta ma con prestazioni effettuate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di **Pagamento misto**, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Pagamento misto.

Art. 4.2 Visite specialistiche

Che cosa è assicurato

Se indennizzabili in base alla copertura assicurativa, Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese sostenute a seguito di Malattia o Infortunio per:

- onorari per visite effettuate da medico specialista **(escluse le visite pediatriche, ginecologiche e ostetriche, odontoiatriche e ortodontiche, oculistiche volte al controllo del solo visus)**;
- analisi di laboratorio e Accertamenti diagnostici, se pertinenti alla Malattia o Infortunio denunciati.

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre per questa Garanzia sono escluse:

a) **prestazioni effettuate dopo la data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono incluse in garanzia le prestazioni per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali**;**
d) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio correzione di miopia e astigmatismo);**
e) **prestazioni connesse a Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniaco depressive, psicosi, schizofrenie, sindromi ansiose, sindromi depressive, sindromi riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
f) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
g) **prestazioni legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
h) **prestazioni connesse all'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
i) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
j) **prestazioni con finalità estetiche;**
k) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
l) **prestazioni per conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
m) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
n) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità;**
o) **prestazioni e terapie con finalità dietologica;**
p) **prestazioni finalizzate a cure dentarie e del parodonto o, interventi preprotesici e di implantologia;**

q) prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
r) prestazioni di psicoterapia e psicanalisi;
s) visite non effettuate da personale laureato in medicina e chirurgia e in possesso di specializzazione;
t) prestazioni relative a terapie e tecniche non convenzionali;
u) prestazioni di mero controllo;
v) prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o che non riguardano la cura della patologia o Infortunio che le hanno determinate;
w) prestazioni richieste da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;
x) sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;
y) prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;
z) prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate;
aa) prestazioni eseguite durante il Ricovero.

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso è effettuato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 per singola prestazione sostenuta e documentata. Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato chiede il rimborso del solo Ticket sanitario perché è ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione.
In caso di Day service eseguito presso struttura privata non convenzionata con il SSN rientrano in copertura solo le prestazioni previste dalla presente Garanzia.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura

MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.
L'Assicurato può:
- chiedere il **rimborso** delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso, oppure
- usufruire del **Pagamento diretto** tramite **Strutture mediche Convenzionate** con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito internet di Generali Italia.

In caso di analisi di laboratorio o Accertamenti diagnostici motivati da gravidanza a rischio, l'Assicurata deve presentare certificazione del medico ginecologo che attesta in modo circostanziato la patologia che determina il rischio.

Art. 4.3 Alta diagnostica

Che cosa è assicurato

Oggetto della Garanzia è la copertura delle spese da Malattia o Infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione.

Elenco delle prestazioni:

Angiografia
Arteriografia
Cistografia
Clisma Opaco
Colecistografia
Coronarografia
Doppler: eco-color-doppler; eco-doppler

Ecocardiografia
EEG – elettroencefalogramma
Elettromiografia
Endoscopie diagnostiche (effettuate con endoscopio) con o senza biopsia
Esame urodinamico completo
Fistolografia
Fluorangiografia oculare
Isterosalpingografia
Holter
Laserterapia antalgica effettuata da terapista della riabilitazione
Mielografia
MOC - mineralometria ossea computerizzata
Risonanza Magnetica Computerizzata
Scialografia
Scintigrafia
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Tomografia a emissione di positroni (PET)
Tomoscintigrafia a emissione di fotone singolo (SPET)
Urografia

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni e le Esclusioni malattie.
Inoltre per questa Garanzia sono esclusi:

a) **prestazioni effettuate dopo la data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto nel periodo di validità della Garanzia;**
b) **conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
c) **prestazioni per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici già esistenti all'attivazione della Garanzia**. Sono incluse in garanzia le prestazioni per deviazione del setto o della piramide nasale determinate da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali;
d) **prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);**
e) **prestazioni legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
f) **prestazioni per il trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e prestazioni relative alla fecondazione assistita e artificiale;**
g) **prestazioni con finalità estetiche;**
h) **prestazioni a scopo preventivo (per esempio: prevenzione delle patologie familiari);**
i) **prestazioni per conseguenze o complicanze di patologie non dichiarate a Generali Italia in fase di attivazione o modifica della Garanzia o in fase di sostituzione di Polizza anche se già indennizzate da Generali Italia o alla stessa denunciate;**
j) **prestazioni relative alla chirurgia preventiva e rimozione profilattica compresi quelli a seguito di Mutazione genetica;**
k) **prestazioni relative alla chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità e a terapie con finalità dietologica;**
l) **prestazioni finalizzate a cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;**
m) **prestazioni di mero controllo;**
n) **prestazioni non riconosciute dalle Autorità internazionali o non inerenti alla cura della patologia o Infortunio che le hanno determinate;**
o) **prestazioni richieste da Malattia pandemica o epidemica e loro conseguenze e complicanze;**
p) **sindromi organiche cerebrali, infermità mentali, forme neurologiche degenerative;**
q) **prestazioni correlate alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate;**
r) **prestazioni connesse o conseguenti a intossicazioni da alcol, abuso di alcolici o a patologie collegate;**
s) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti dalle Autorità internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
t) **prestazioni eseguite durante il Ricovero.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia indennizza le spese sostenute per le prestazioni effettuate con applicazione di uno Scoperto del 25% per ogni spesa sostenuta. Lo Scoperto non si applica se l'Assicurato:
- si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto;
- chiede il rimborso del solo Ticket sanitario perché è ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di convenzione.

L'elenco delle prestazioni è tassativo.
In caso di Day service eseguito presso struttura privata non convenzionata con il SSN rientrano in copertura solo le prestazioni previste dalla presente Garanzia.

Quando comincia la copertura e quando finisce
DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
La Garanzia prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura
MASSIMALE
Per la presente Garanzia il Massimale vale **per persona per annualità assicurativa**.

L'Assicurato per effettuare le prestazioni in elenco deve presentare la prescrizione medica con regolare Diagnosi o sospetto diagnostico e completa di anamnesi prossima e remota.
L'Assicurato può:
- chiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base alla presente Garanzia, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso, oppure
- usufruire del **Pagamento diretto** con il ricorso alle **Strutture mediche Convenzionate** con pagamento dello scoperto del 25%, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

IN ATTIVITÀ – A VITA			
A VITA BASIC			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia	Franchigia indicata in Polizza per ciascun Assicurato	-	Massimo 360 giorni per annualità assicurativa. Indennità ridotta del 50% in caso di Day hospital. Anche se maggiorata, se previsto, l'indennità non può superare 350,00 euro giornalieri.
Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia	-	Scoperto 20% minimo 50,00 euro per ciascun Ricovero o intervento	Spese sostenute nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi al Ricovero
Indennizzo forfettario per gravi eventi	-	-	L'Indennizzo è corrisposto per un solo evento, poi la Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.
A VITA COMFORT			
Grandi interventi chirurgici			
• Spese pre Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 100 giorni precedenti il Ricovero

• Spese post Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 150 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	Fino a 5.000,00 euro per intervento
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	Fino a 45 giorni successivi alla data di dimissione con il massimo di 4.000,00 euro per intervento
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	Fino a 5.000,00 euro per intervento
• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	Fino a 150,00 euro giornalieri, per un periodo non superiore a quello di Ricovero dell'Assicurato con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento
• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	Fino a 2.500,00 euro per intervento
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per intervento
Malattie oncologiche			
• Spese pre Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 100 giorni precedenti il Ricovero
• Spese post Ricovero	-	-	Spese sostenute nei 150 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	Fino a 5.000,00 euro per intervento
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	Fino a 45 giorni successivi alla data di dimissione con il massimo di 6.000,00 euro per Ricovero o intervento
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	Fino a 5.000,00 euro per Ricovero o intervento
• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	Fino a 150,00 euro giornalieri, per un periodo non superiore a quello di Ricovero dell'Assicurato con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero
• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	Fino a 2.500,00 euro per Ricovero o intervento
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero o intervento. Indennità ridotta del 50% in caso di Day surgery
• Estensione delle cure oncologiche	-	-	Spese per terapie oncologiche non chirurgiche e Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici anche in assenza di Ricovero, sostenute entro 2 anni dalla prima Diagnosi
Alta diagnostica	-	Scoperto del 25% solo a rimborso Non applicabile • se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto • in caso di ticket SSN	-

A VITA TOP			
Spese mediche per infortunio, malattia o parto			
• Ricovero per parto naturale	-	-	3.000,00 euro
• Ricovero per parto cesareo	-	-	5.000,00 euro
• Utilizzo tecniche di robotica	-	-	5.000,00 euro in caso di rimborso
• Acquisto di protesi anatomiche			10.000,00 euro
• Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	-	4.000,00 euro (elevati a 6.000,00 euro in caso di Malattia oncologica)
• Trasporto dell'Assicurato	-	-	5.000,00 euro
• Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	-	-	150,00 euro per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero
• Spese di viaggio dell'accompagnatore	-	-	2.500,00 euro per intervento o Ricovero
• Indennità sostitutiva	-	-	150,00 euro fino a un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa e per Ricovero.
• Estensione delle cure oncologiche	-	-	Spese per terapie oncologiche non chirurgiche e Visite specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici anche in assenza di Ricovero, sostenute entro 2 anni dalla prima Diagnosi
Visite specialistiche	-	Scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro per singola prestazione solo a rimborso Non applicabile • se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto • in caso di ticket SSN	-
Alta diagnostica	-	Scoperto del 25% solo a rimborso Non applicabile • se l'Assicurato si rivolge a Strutture mediche Convenzionate e usufruisce del pagamento diretto • in caso di ticket SSN	-

IN CONTINUITÀ

PER I TUOI CARI

Che cosa è assicurato?

Art. 5.1 Morte da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di **Infortunio indennizzabile** in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga la somma assicurata per la Garanzia Morte da infortunio ai Beneficiari indicati in Polizza.

Gli Indennizzi per le Garanzie Morte da infortunio e Invalidità permanente da infortunio non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dello stesso Infortunio l'Assicurato muore, Generali Italia:

- paga ai Beneficiari la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per la Garanzia Morte da infortunio, se questa è superiore,
- non chiede il rimborso in caso contrario.

Se l'Assicurato scompare o non viene ritrovato e si presume che il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia corrisponde la somma prevista per la Garanzia Morte da infortunio.

Il pagamento è effettuato trascorsi **180 giorni dalla presentazione dell'istanza** per la dichiarazione di morte presunta[2] **se nel frattempo non sono emersi elementi tali da rendere l'evento non indennizzabile.**

Se, dopo il pagamento, risulta che il decesso non si è verificato o che non è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile, Generali Italia ha diritto al rimborso dell'intera somma pagata per la Garanzia Morte da infortunio. Tuttavia, se l'evento ha causato un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, e l'Assicurato ha subito un'Invalidità permanente, ha il diritto di chiederne l'accertamento.

Tale diritto può essere esercitato, anche agli effetti della prescrizione, dal momento in cui l'Assicurato **ricompare o ne è provata l'esistenza. Generali Italia paga all'Assicurato l'Indennizzo dovuto solo a condizione di avere ottenuto la restituzione della somma pagata ai Beneficiari per la Garanzia Morte da infortunio.**

Che cosa NON è assicurato

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

DEDICATO A TE

Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

SPECIALE PROFESSIONE

Art. 6.1 Indennizzo mensile per perdita d'impiego

Che cosa è assicurato
Al verificarsi dell'evento assicurato, Generali Italia corrisponde all'Assicurato, per ogni mese di disoccupazione documentata, l'Indennizzo mensile pattuito in Polizza.

EVENTO ASSICURATO - PERDITA D'IMPIEGO DA LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO
La disoccupazione dell'Assicurato a seguito di licenziamento **per giustificato motivo oggettivo** da un impiego svolto quale lavoratore dipendente presso azienda o ente di diritto privato che non è un'impresa familiare (tra congiunti, ascendenti o discendenti) con qualifica di Dirigente, Impiegato o Quadro in base a un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato regolato dal diritto italiano con obbligo contrattuale di prestazione superiore a 16 ore settimanali (di seguito Lavoratore dipendente privato) **se**:

- per il primo Sinistro, l'Assicurato risulta assunto da **almeno 12 mesi al momento del licenziamento** (a tali fini non sono considerate eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane);
- in ogni caso, il Sinistro è intervenuto dopo la conclusione e il superamento del periodo di prova.

Che cosa NON è assicurato
Sono esclusi i casi di disoccupazione a seguito di Perdita di Impiego se:

a) **alla data di attivazione della Garanzia, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione o gli erano note circostanze che facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
b) **la disoccupazione è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, di licenziamento disciplinare o di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza che deriva dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);**
c) **la disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;**
d) **la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (per esempio contratto di inserimento, apprendistato) o dell'interruzione di un rapporto di Lavoro a Progetto;**
e) **l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;**
f) **l'Assicurato non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato,** a eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità**;**
g) **la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto, cioè il periodo di conservazione del posto di lavoro in caso di Malattia[3];**
h) **la disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.**

Ci sono limiti di copertura
L'Indennizzo mensile dovuto per ogni mese di disoccupazione documentata **è corrisposto con il limite di 12 mensilità per Sinistro**.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia ha effetto:

- **per il primo evento, trascorsi 180 giorni dal giorno di attivazione indicato in Polizza o, se successivo, dal giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio;**
- **per gli eventi successivi al primo, trascorsi 180 giorni dalla definitiva liquidazione di un Sinistro o dalla denuncia di un Sinistro nel corso del precedente periodo di aspettativa** (durante i quali l'Assicurato è ritornato a essere Lavoratore dipendente privato e ha superato il periodo di prova).

L'Indennizzo per Perdita Impiego è quindi pagato solo se l'invio/la consegna documentata all'Assicurato della lettera di licenziamento o della comunicazione di messa in mobilità (o una comunicazione equivalente), avviene oltre i Termini di aspettativa.

La denuncia della Perdita d'Impiego **deve essere effettuata per iscritto** a Generali Italia dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi, non appena ne ha la possibilità.
La denuncia **deve contenere**:

1) copia della lettera di assunzione;
2) copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
3) copia di un documento comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità o all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato;
4) comunicazione telematica del datore di lavoro presso lo sportello di collocamento;
5) autocertificazione che attesta l'assenza di trattamento pensionistico dopo la disoccupazione;
6) autocertificazione che la disoccupazione non è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

Dopo il pagamento del primo Indennizzo mensile, che avviene trascorsi 30 giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro, **l'Assicurato**, per ottenere gli Indennizzi mensili successivi, **deve confermare a Generali Italia lo stato di disoccupazione inviando copia di un documento che prova il permanere dell'iscrizione alle liste di mobilità oppure all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato.**
Tale comunicazione deve essere effettuata **30 giorni dopo il pagamento di ogni Indennizzo mensile, fino al termine della dodicesima mensilità o fino a un nuovo ricollocamento**.
L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire a Generali Italia di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari e, se richiesto, ad autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Garanzia.

Art. 6.2 Rimborso spese per costi fissi d'impresa

Che cosa è assicurato
In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa a seguito del quale l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura **per un periodo non inferiore a 5 giorni**, Generali Italia garantisce il rimborso delle seguenti spese di esercizio:

- utenze di telefonia fissa, energia elettrica, acqua, gas e tariffa di igiene ambientale relativi ai locali destinati all'esercizio dell'attività professionale;
- spese condominiali di ordinaria amministrazione e affitto relativi ai locali destinati all'esercizio dell'attività professionale.

Generali Italia rimborsa le spese a seguito di presentazione dei documenti giustificativi come segue:
- rapporta gli importi indicati al periodo di Ricovero,
- aggiunge un periodo di convalescenza della stessa durata del Ricovero **con il massimo di 10 giorni**.

Per gli Assicurati che svolgono l'attività in società o nell'ambito di uno studio associato, si tiene conto della loro quota di partecipazione alle suindicate spese di esercizio.

Se è certificata la chiusura dell'attività per un periodo pari o superiore a 30 giorni Generali Italia garantisce anche il rimborso dei costi relativi alle retribuzioni di eventuali dipendenti dell'Assicurato.

Che cosa NON è assicurato
Non sono comprese le spese:

a) relative all'abitazione di residenza,
b) non riconducibili all'esercizio dell'attività dichiarata in Polizza.

Ci sono limiti di copertura
Le spese di esercizio sono rimborsate con **il limite di 5.000,00 euro per Infortunio**.
I costi relativi alle retribuzioni di eventuali dipendenti dell'Assicurato, sono rimborsati con **il limite dell'ulteriore somma di 5.000,00 euro per Infortunio**.

Art. 6.3 Estensione alle radiodermiti per radiologi

Che cosa è assicurato
Agli effetti di questa estensione di garanzia l'Assicurato deve essere esente da qualsiasi manifestazione patologica che può identificarsi come affezione morbosa da radiazioni.
A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo Esclusioni infortuni – lettera g), la copertura infortuni è estesa alle Lesioni e alterazioni del sangue e alterazioni cutanee note come "radiodermiti", nelle loro varie manifestazioni (distrofica, ulcerativa, neoplastica con le eventuali complicazioni e diffusioni metastatiche regionali e a distanza), se derivano dalla pratica

professionale della Roentgendiagnostica, della Roentgenterapia, della fototerapia e delle correnti elettriche.
L'estensione vale **solo se** le condizioni di lavoro dell'Assicurato nei gabinetti di radiologia sono uniformate alle disposizioni legislative e alle istruzioni ministeriali per la prevenzione degli infortuni e per la protezione dalle radiazioni.

Che cosa NON è assicurato
L'estensione non si applica alle Garanzie:

- **Invalidità permanente da malattia,**
- **Invalidità permanente da ictus o infarto,**
- **Rendita vitalizia da malattia,**
- **Spese mediche per infortunio, malattia o parto,**
- **Spese mediche per malattia o parto,**
- **Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia,**
- **Grandi interventi chirurgici,**
- **Malattie oncologiche,**
- **Indennizzo forfettario per intervento chirurgico,**
- **Indennizzo forfettario per gravi eventi,**
- **Alta diagnostica,**
- **Visite specialistiche,**
- **Cure fisioterapiche per infortunio,**
- **Cure dentarie,**
- **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto,**
- **Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia,**
- **Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia.**

Ci sono limiti di copertura

- **Sono comprese in Garanzia solo le Lesioni o alterazioni che causano un'Invalidità permanente di grado superiore al 20% che si è manifestata almeno 6 mesi dopo l'attivazione della Garanzia.**
- **Se è attivata anche la Garanzia Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Generali Italia paga l'indennità:**
  - **con l'applicazione di una Franchigia di 5 giorni;**
  - **per un massimo 180 giorni.**

Come opera la copertura
Il termine massimo per procedere alla valutazione definitiva del grado di Invalidità permanente è fissato in 5 mesi dalla denuncia del Sinistro.

Art. 6.4 Responsabilità civile del Contraente

Che cosa è assicurato
ACCANTONAMENTO E LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO INFORTUNI
L'assicurazione infortuni è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del Sinistro.
Se l'infortunato o, in caso di morte, i suoi Beneficiari (o qualcuno di essi) ritengono, per il danno subito, insufficiente l'Indennizzo dovuto in base all'assicurazione infortuni e richiedono al Contraente, a titolo di responsabilità civile, un risarcimento superiore, l'Indennizzo stesso è accantonato fino a definizione della vertenza e:

- in caso di transazione o di condanna definitiva del Contraente, è computato nel risarcimento dovuto;
- in caso di rinuncia all'azione o di soccombenza da parte dell'infortunato o dei Beneficiari, è pagato agli stessi al netto delle spese sostenute dal Contraente e da Generali Italia.

INTEGRAZIONE DELL'INDENNIZZO
Generali Italia si impegna a tenere indenne il Contraente delle maggiori somme che è tenuto a corrispondere quale responsabile civile per Invalidità permanente da infortunio o Morte da infortunio in eccedenza alla somma pagata in base all'assicurazione infortuni.

Che cosa NON è assicurato
La Garanzia non è prestata quando gli infortunati sono:

a) legale rappresentante, amministratore o socio a responsabilità illimitata della società Contraente;
b) parenti o affini del Contraente o di uno degli altri soggetti di cui alla lettera a) con questi stabilmente conviventi.

Ci sono limiti di copertura
La Garanzia è prestata per una somma dello stesso importo di quella accantonata e liquidata in base

all'assicurazione infortuni, con il limite massimo di:

- **250.000,00 euro nel caso di un singolo infortunato;**
- **1.000.000,00 di euro nel caso di più Assicurati infortunati nello stesso Sinistro.**

OBBLIGHI, GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI
Il Contraente, appena ne ha conoscenza, deve dare immediata comunicazione a Generali Italia di qualunque procedimento penale o azione in sede civile iniziati a seguito di Infortunio, di qualsiasi domanda proposta dagli infortunati, dai loro Beneficiari o aventi diritto per ottenere il risarcimento del danno a titolo di responsabilità civile e trasmettere documenti, notizie e quant'altro riguarda le vertenze.
Fino a quando ne ha interesse e sostenendone le spese a termini di legge(1), Generali Italia assume, a nome del Contraente, la gestione delle vertenze in sede stragiudiziale e giudiziale, sia civile che penale, e si avvale di tutti i diritti e le azioni a esso spettanti.
Generali Italia non risponde di multe, ammende e spese di giustizia penale.
(1) Art. 1917 del Codice civile.

Art. 6.5 Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto/studio a seguito di infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale è accertata un'Invalidità permanente totale, Generali Italia rimborsa le seguenti spese anticipate dall'Assicurato.

- **Spese per adeguare l'abitazione dove ha il proprio domicilio o, in alternativa, lo studio di proprietà o il locale di proprietà dove è esercitata l'attività dichiarata in Polizza:**
  - per eliminare le barriere architettoniche in essa presenti (es. ampliamento porte, abbassamento maniglie);
  - per strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane (es. serrande elettriche, sensori visivi);
  - per ausili, attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione (es. letto reclinabile);
  - per attrezzature tecnologiche per svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione domiciliare quando non è possibile svolgerle all'esterno e per tutto ciò che risulta necessario a risolvere problemi di comunicazione, mobilità e autonomia (incluse soluzioni di domotica) dovuti all'invalidità conseguente all'Infortunio.
- **Spese per rendere l'autovettura di proprietà idonea alla guida o al trasporto dei disabili**

Ci sono limiti di copertura

Le spese per adeguare l'abitazione, lo studio di proprietà o il locale di proprietà dove è esercitata l'attività dichiarata in Polizza sono rimborsate con il massimo di 50.000,00 euro.

Le spese per adeguare l'autovettura sono rimborsate con il massimo di 10.000,00 euro.

Generali Italia rimborsa solo le spese che rimangono a carico dell'Assicurato al netto di quanto rimborsato da enti pubblici o per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili.

In caso di spese sostenute per un immobile in comproprietà, Generali Italia **rimborsa solo le spese sostenute dall'Assicurato.**

Come opera la copertura

L'Invalidità permanente deve essere accertata secondo i criteri di valutazione di cui all'articolo Invalidità permanente da infortunio.
Il rimborso delle spese avviene dopo la presentazione da parte dell'Assicurato di **apposita domanda** e dei **documenti giustificativi** (il progetto di un architetto, preventivi e fatture degli interventi effettuati, eccetera).

Art. 6.6 Maggiorazione indennizzo per infortunio da atto criminoso

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subìto dall'Assicurato in conseguenza di uno dei seguenti atti criminosi compiuti nei suoi confronti, Generali Italia aumenta del 30% le somme assicurate indicate in Polizza **per le Garanzie Invalidità permanente da infortunio e Morte da infortunio**.
La maggiorazione delle somme assicurate opera in caso di Infortunio subito dall'Assicurato in conseguenza di:

1. rapina effettuata nei locali della propria impresa o studio professionale;
2. scippo e rapina al di fuori dei locali della propria impresa o del proprio studio professionale durante il trasferimento di valori da e per l'impresa o lo studio professionale stesso verso:

- il proprio domicilio;
- la sede di fornitori o clienti per provvedere a pagamenti;
- istituti di credito e altri uffici, aventi relazioni di affari o di servizio con l'Assicurato, durante l'orario di apertura al pubblico;

3. fatto delittuoso connesso al reato di estorsione finalizzato al perseguimento di attività tipiche delle associazioni mafiose. Al fine dell'operatività di questa Garanzia, la violenza deve essere finalizzata a costringere la vittima a non opporre un rifiuto a richieste di natura estorsiva o a recedere dal rifiuto opposto a tali richieste, o avere finalità di ritorsione conseguente al rifiuto medesimo.

Alla denuncia dell'Infortunio conseguente all'atto criminoso deve essere allegata anche la **denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia** del luogo in cui si è verificato il reato.
Ai fini della presente estensione di garanzia si attribuisce ai seguenti termini il significato sotto precisato.
Rapina: sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia;
Scippo: il furto commesso strappando la cosa di mano o di dosso alla persona che la detiene;
Valori: denaro, carte valori e titoli di credito in genere.

Art. 6.7 Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo dei locali dell'attività

Che cosa è assicurato
In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa per il quale l'Assicurato risulta totalmente incapace in via definitiva a svolgere le proprie attività professionali dichiarate in Polizza, Generali Italia, oltre a pagare quanto dovuto in base alle altre Garanzie attivate, paga all'Assicurato un'indennità aggiuntiva dell'ammontare complessivo delle rate del mutuo o finanziamento dallo stesso sottoscritto per l'acquisto dei locali in cui è esercitata l'attività, **in scadenza nei 60 mesi successivi alla data dell'Infortunio**.

Ci sono limiti di copertura
L'indennità aggiuntiva opera con il massimo di **50.000,00 euro per Infortunio**.

Al verificarsi dell'evento la Garanzia **cessa nei confronti dell'Assicurato**.

Come opera la copertura
L'indennità aggiuntiva opera se il locale o il relativo contenuto risultano assicurati contro il rischio "Incendio" con una polizza stipulata dall'Assicurato stesso con Generali Italia prima della data dell'Infortunio.

SPECIALE VIAGGIO E TEMPO LIBERO

Art. 6.8 Estensione alle malattie tropicali

Che cosa è assicurato
La Garanzia Invalidità permanente da infortunio è estesa alle Malattie di seguito indicate:
amebiasi, colera, dissenteria bacillare, febbre ricorrente africana, febbre gialla, febbre itteroemoglobinurica, filariosi, lebbra, leishmaniosi, leptospirosi, malaria, meningite cerebrospinale epidemica, micosi tropicale cutanea, peste, sprue, vaiolo.

Ci sono limiti di copertura
Se l'Invalidità è di grado pari o inferiore al 15% della totale non è previsto **alcun Indennizzo**; **se** l'Invalidità **è superiore al 15%** l'Indennizzo **è pagato solo per la parte eccedente tale percentuale**.

Come opera la copertura
L'estensione opera se:

- l'Assicurato ha eseguito tutte le vaccinazioni previste dalle autorità sanitarie;
- l'Assicurato non risulta affetto da tali Malattie alla data di decorrenza della Garanzia;
- le affezioni insorgono nel corso della validità della Garanzia e si manifestano entro e non oltre la scadenza della Garanzia stessa.

Art. 6.9 Maggiorazione indennizzo per infortuni motociclistici, ciclistici, sciistici, velici

Che cosa è assicurato
In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa che si è verificato in una delle circostanze sotto specificate, la somma assicurata per le Garanzie Morte da infortunio e Invalidità permanente da infortunio al momento del Sinistro è aumentato del 20%:

- uso o guida di motocicli e ciclomotori: tale maggiorazione opera anche per gli infortuni indennizzabili in base alla

copertura assicurativa occorsi durante le operazioni necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia nonché per gli infortuni avvenuti durante la salita o la discesa dai motocicli e ciclomotori stessi;
- uso di bicicletta (**esclusa la partecipazione a gare o competizioni sportive in genere**);
- pratica dello sci o snowboard (**escluso lo sci alpinismo, lo sci estremo anche quando effettuati con lo snowboard e la partecipazione a gare o competizioni sportive in genere**): la maggiorazione opera anche per gli infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa verificatisi durante l'utilizzo degli impianti di risalita;
- uso di barche a vela e windsurf.

Come opera la copertura
La maggiorazione si applica solo se l'Assicurato ha fatto immediato ricorso al Pronto soccorso in caso di Infortunio.

SPECIALE FAMIGLIA

Art. 6.10 Pacchetto Family

Che cosa è assicurato
Il Pacchetto Family opera, per l'Assicurata che lo ha attivato, nell'ambito del Massimale previsto per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto/ Spese mediche per malattia o parto della sezione IN ATTIVITÀ - Cure mediche straordinarie.

RIMBORSO PRESTAZIONI CONNESSE ALLA GRAVIDANZA
Sono riconosciute all'Assicurata, nel limite di seguito indicato, anche le seguenti prestazioni connesse alla gravidanza:
- Amniocentesi o in alternativa un solo test equivalente (villocentesi, prenatal safe, harmony test, Prenatal Safe Karyo, Gene Safe Complete o altro test con medesima finalità predittiva);
- Analisi di laboratorio di controllo effettuate durante il periodo di gravidanza;
- 3 visite di controllo effettuate durante il periodo di gravidanza;
- 3 ecografie di monitoraggio;
- una ecografia alle anche e una ecografia ai reni **se eseguite entro i 90 giorni di vita del neonato.**

RIMBORSO PRESTAZIONI PREVENTIVE EFFETTUATE DAI FIGLI DELL'ASSICURATA
Generali Italia riconosce, inoltre, le prestazioni preventive sottoelencate effettuate dai figli dell'Assicurata entro la data di scadenza del pacchetto se i figli sono anch'essi assicurati in Polizza per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto / Spese mediche per malattia o parto della sezione IN ATTIVITÀ - Cure mediche straordinarie:

Fascia di età 6-18 mesi
Anamnesi generale, Visita ortottica, Visita auxologica, Valutazione Neuromotoria, Neurosensoriale e Psicomotoria.
Fascia di età 4 - 6 anni
Anamnesi generale, Visita ortottica, Visita ortopedica, Visita auxologica, Valutazione psicomotoria e cognitiva.

Le prestazioni sopra previste sono rimborsate col limite massimo di Indennizzo di 1.500,00 euro per annualità assicurativa.

ELEVAZIONE SOTTOLIMITI PER PARTO
I sottolimiti previsti per il Ricovero per il parto dalla Garanzia della sezione IN ATTIVITÀ - Cure mediche straordinarie Spese mediche per infortunio, malattia o parto/Spese mediche per malattia o parto, sono elevati a:
- **8.000,00 euro per parto naturale;**
- **12.000,00 euro per parto cesareo.**

Quando comincia la copertura e quando finisce
DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA
L'intero Pacchetto Family prevede Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Come opera la copertura
FRANCHIGIA E SCOPERTO
Per l'evento parto, **con riferimento a Franchigia e Scoperto si applica quanto previsto per la Garanzia della sezione IN ATTIVITÀ - Cure mediche straordinarie Spese mediche per infortunio, malattia o parto/ Spese mediche per malattia o parto**.

L'Assicurata può chiedere il rimborso delle spese indennizzabili in base al presente pacchetto, con le modalità indicate nelle NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO, articolo Richiesta di rimborso.
Per l'ELEVAZIONE DEI SOTTOLIMITI PER IL PARTO vale quanto disciplinato per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto o Spese mediche per malattia o parto.

Art. 6.11 Rimborso spese per adeguamento abitazione e auto a seguito di infortunio

Che cosa è assicurato
In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale è accertata un'Invalidità permanente totale, Generali Italia rimborsa le seguenti spese anticipate dall'Assicurato.

- **Spese per adeguare l'abitazione dove ha il proprio domicilio:**
  - per eliminare le barriere architettoniche in essa presenti (per esempio ampliamento porte, abbassamento maniglie);
  - per strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane (per esempio serrande elettriche, sensori visivi);
  - per ausili, attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione (per esempio letto reclinabile);
  - per attrezzature tecnologiche per svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione domiciliare quando non è possibile svolgerle all'esterno e per tutto ciò che risulta necessario a risolvere problemi di comunicazione, mobilità e autonomia (incluse soluzioni di domotica) dovuti all'invalidità conseguente all'Infotunio.
- **Spese per rendere l'autovettura di proprietà idonea alla guida o al trasporto dei disabili.**

Ci sono limiti di copertura
Le spese per adeguare l'abitazione sono rimborsate con il massimo di 50.000,00 euro.

Le spese per adeguare l'autovettura sono rimborsate con il massimo di 10.000,00 euro.

Generali Italia rimborsa solo le spese che rimangono a carico dell'Assicurato al netto di quanto rimborsato da enti pubblici o per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili.

In caso di spese sostenute per un immobile in comproprietà, Generali Italia rimborsa solo le spese sostenute dall'Assicurato.

Come opera la copertura
L'Invalidità permanente deve essere accertata secondo i criteri di valutazione di cui all'articolo Invalidità permanente da infortunio.
Il rimborso delle spese avviene dopo la presentazione da parte dell'Assicurato di **apposita domanda** e deii **documenti giustificativi** (il progetto di un architetto, preventivi e fatture degli interventi effettuati, eccetera).

Art. 6.12 Indennizzo forfettario per perdita anno scolastico

Che cosa è assicurato
Se l'Assicurato -studente di **età inferiore a 20 anni** - non è ammesso alla classe superiore a seguito di assenze dalle lezioni **in conseguenza esclusiva di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa**, Generali Italia **paga l'indennità forfettaria di 3.000,00 euro**.

Come opera la copertura
La Garanzia, riservata agli Assicurati che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria italiane o straniere, opera se **i giorni di assenza dalle lezioni sono successivi all'attivazione della Garanzia e non sono inferiori a 60 giorni consecutivi o a 75 giorni in più soluzioni** registrati nel corso dello stesso anno scolastico.
Generali Italia paga l'indennità a seguito di presentazione di:
- certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi, dalla quale risulta che la perdita dell'anno scolastico è dovuta ad assenza dalle lezioni;
- certificazione medica che dimostra che tali assenze sono diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

Art. 6.13 Maggiorazione indennizzo per ricovero contemporaneo dei genitori

Che cosa è assicurato
Se entrambi i genitori, o conviventi di fatto, assicurati sono ricoverati contemporaneamente a seguito di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, in presenza di figli minorenni o maggiorenni permanentemente inabili al lavoro, conviventi e che risultano dal certificato di Stato di Famiglia, Generali Italia riconosce, per ciascun giorno di Ricovero contemporaneo, l'indennità giornaliera per ricovero assicurata in Polizza **maggiorata del 50%**.

Art. 6.14 Indennizzo aggiuntivo per stato di coma

Che cosa è assicurato

Se l'Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa ha comportato, **entro e non oltre 15 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio**, uno stato di coma dell'Assicurato, Generali Italia **paga un Indennizzo aggiuntivo forfettario di 10.000,00 euro**.
Ai fini della presente Garanzia, per stato di coma si intende uno stato di incoscienza profonda, anche indotto farmacologicamente, caratterizzato da assenza della sensibilità, della motilità volontaria e alterazione delle funzioni vegetative, la cui causa ha diretta origine da un Infortunio.
Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche tramite stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso persistente e continuo di sistemi artificiali di supporto al mantenimento in vita.

Come opera la copertura

Ai fini dell'Indennizzo, lo stato di coma deve essere provato da **idonea documentazione medica rilasciata dalla competente autorità medico-ospedaliera che attesta lo stato comatoso insorto dopo l'Infortunio**.
L'Indennizzo è pagato una sola volta per ogni Sinistro.

Art. 6.15 Maggiorazione indennizzo per decesso

Che cosa è assicurato

Indennità aggiuntiva per commorienza dei genitori

Se, a seguito dello stesso evento, entrambi i genitori subiscono un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa e ne consegue la morte di entrambi, Generali Italia paga ai loro figli minorenni e maggiorenni permanentemente inabili al lavoro, conviventi e indicati tra i Beneficiari, l'Indennizzo:

- in misura aumentata del 50%, se entrambi i genitori sono assicurati in Polizza con la Garanzia Morte da infortunio;
- in misura aumentata del 25%, se è assicurato in Polizza un solo genitore con la Garanzia Morte da infortunio.

L'indennità opera anche per i figli maggiorenni portatori di handicap.

Maggiorazione per infortunio da circolazione stradale

In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa accaduto durante l'uso o la guida di autovetture, motocicli o ciclomotori, Generali Italia aumenta la somma indicata in Polizza per Morte da infortunio del 25% con il massimo aumento di 150.000,00 euro.

Conversione in rendita

A seguito di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa che causa la morte dell'Assicurato, i Beneficiari indicati, in alternativa al pagamento della somma assicurata per la Garanzia Morte da infortunio, possono optare per una rendita.
In questo caso Generali Italia riconosce una maggiorazione del 25% dell'Indennizzo e utilizza tale somma per costituire a favore del Beneficiario che esercita l'opzione, senza alcun onere a suo carico, una rendita vitalizia immediata rivalutabile tramite l'emissione di apposita polizza Vita.

Ci sono limiti di copertura

La maggiorazione per Infortunio da circolazione stradale non è cumulabile con l'indennità aggiuntiva per commorienza dei genitori.

Art. 6.16 Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, che provoca all'Assicurato una Frattura del femore, del bacino o dell'anca che comporta la totale incapacità a svolgere le proprie occupazioni quotidiane per una durata superiore a 30 giorni continuativi e che risulta da certificazione medica, Generali Italia paga all'Assicurato, oltre quanto previsto dalle altre Garanzie attivate in Polizza, **l'importo forfettario di 4.000,00 euro**.

Art. 6.17 Indennizzo forfettario per parkinson/alzheimer/SLA

Che cosa è assicurato

Generali Italia paga all'Assicurato **l'importo forfettario di 5.000,00 euro** in caso di insorgenza, dopo l'attivazione della

presente Garanzia, di una delle seguenti patologie gravi:

- Morbo di Parkinson;
- Morbo di Alzheimer;
- Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse le patologie gravi di cui l'Assicurato ha sofferto in passato o che sono state diagnosticate prima dell'attivazione della Garanzia.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'Indennizzo per una sola delle Malattie sopracitate e dopo il pagamento la Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia decorre **dalle ore 24 del 180° giorno di attivazione**.

Se la Garanzia è già in corso per l'Assicurato su altro contratto sostituito, senza interruzione, dal presente contratto, il Termine di aspettativa di cui sopra opera dalle ore 24 del giorno di effetto della Garanzia indicato nel contratto sostituito o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio.

Se il Premio o le successive rate di Premio sono pagati con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, il Termine di aspettativa decorre nuovamente dalle ore 24 del giorno del pagamento.

ESEMPIO

Polizza con data decorrenza 1° gennaio 2024 e data scadenza 1° gennaio 2029 con pagamento annuale del Premio.
Il Premio per la prima annualità è pagato il 30 dicembre 2023: il Termine di aspettativa è conteggiato a partire dal 2 gennaio 2024 (giorno successivo alla data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza).
Se il Premio per la seconda annualià è pagato il 30 maggio 2025 (oltre 90 giorni dopo la sua scadenza), il Termine di aspettativa decorre nuovamente dalle ore 24 del 31 maggio 2025 (giorno successivo alla data del pagamento del Premio per la seconda annualità).

La denuncia della Malattia per la quale si chiede l'Indennizzo deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto **entro 15 giorni dalla Diagnosi clinica e strumentale oppure dal momento in cui ne ha avuto conoscenza**.
Se non prodotti insieme alla denuncia, **entro 30 giorni**, devono essere inviati i certificati medici, le copie delle Cartelle cliniche, degli esami strumentali e di ogni altro documento che attesta la Diagnosi clinica e strumentale della grave patologia oggetto di denuncia.
L'Assicurato deve acconsentire alla visita da parte dei medici incaricati da Generali Italia, alle indagini, valutazioni e accertamenti necessari per determinare il diritto all'Indennizzo.
L'accertamento medico è disposto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione medica completa che attesta la Diagnosi clinica e strumentale della Malattia.

PIÙ ACTIVE

Art. 6.18 Salvaguardia piani di investimento

Che cosa è assicurato

La presente Garanzia opera in caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subìto dall'Assicurato che è già titolare al momento dell'evento di polizze di assicurazione sulla vita a premio annuo o unico ricorrente o di piani individuali di previdenza (P.I.P.) stipulate con Generali Italia.
In caso di incapacità totale e definitiva dell'Assicurato a svolgere la propria attività professionale indicata in Polizza, Generali Italia - oltre a quanto dovuto in base alle altre Garanzie attivate – emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a premio unico in favore dell'Assicurato per agevolare la prosecuzione di tali rapporti assicurativi.
Il premio relativo a tale polizza è determinato dalla somma delle seguenti voci:

- ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze Vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;
- ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 mesi antecedenti la data dell'Infortunio stesso moltiplicato per 5.

Ci sono limiti di copertura
Il premio unico della polizza Vita emessa da Generali Italia **in favore dell'Assicurato non può superare i 100.000,00 euro.**

Art. 6.19 Maggiorazione per reinvestimento dell'indennizzo invalidità permanente da grave infortunio

Che cosa è assicurato
In caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa per il quale è accertato un grado di Invalidità permanente del 100%, l'Assicurato o i suoi aventi diritto, **una volta determinato l'Indennizzo per Invalidità permanente**, possono optare, in alternativa al pagamento dello stesso, per l'investimento della somma dovuta in uno dei prodotti Vita di Generali Italia in vigore.
In questo caso, Generali Italia riconosce una **maggiorazione del 10%** dell'Indennizzo e utilizza l'intera somma per la stipula del contratto Vita prescelto dall'Assicurato o dai suoi aventi titolo, senza alcun onere a loro carico.

Ci sono limiti di copertura
La maggiorazione dell'Indennizzo riconosciuta da Generali Italia per la stipula del contratto Vita non può superare i 15.000,00 euro.

Art. 6.20 "Bonus" fedeltà in assenza di sinistri

Che cosa è assicurato
Se alla **fine della quinta e dell'ottava annualità** assicurativa sulla Polizza non risulta denunciato alcun Sinistro per le Garanzie del presente Modulo, a ciascuna di tali scadenze, la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio di ogni Assicurato è aumentata del **5%** del suo valore al momento dell'attivazione senza applicazione di sovrappremio.

Art. 6.21 Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo casa

Che cosa è assicurato
La presente Garanzia opera in caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subìto dall'Assicurato se la sua abitazione, o il relativo contenuto, risultano assicurati per il rischio di danni da Incendio e altri eventi assimilati con una polizza stipulata con Generali Italia prima della data dell'Infortunio.

Se dall'Infortunio deriva un'incapacità totale e definitiva dell'Assicurato a svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza, oltre a quanto dovuto in base alle Garanzie attivate, Generali Italia paga all'Assicurato un'indennità aggiuntiva dell'ammontare complessivo delle **rate** del mutuo o finanziamento dallo stesso sottoscritto per l'acquisto dell'abitazione di residenza **in scadenza nei 60 mesi successivi alla data dell'Infortunio**.

Ci sono limiti di copertura
L'importo dell'indennità aggiuntiva non può superare i 50.000,00 euro.
A seguito del verificarsi dell'evento, la Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

DEDICATO A TE			
Garanzia	**Franchigia**	**Scoperto**	**Limite di Indennizzo**
SPECIALE PROFESSIONE			
Indennizzo mensile per perdita d'impiego	-	-	12 mensilità per Sinistro

Rimborso spese per costi fissi d'impresa	-	-	Per le spese di esercizio entro il limite della somma di 5.000,00 euro per singolo Infortunio. Per i costi relativi alle retribuzioni di eventuali dipendenti entro il limite della ulteriore somma di 5.000,00 euro per singolo Infortunio.
Estensione alle radiodermiti per radiologi	20% per l'Invalidità permanente		L'Indennizzo per l'Inabilità temporanea da Infortunio è previsto per un limite massimo di 180 giorni.
Responsabilità civile del Contraente	-	-	• 250.000,00 euro nel caso di un singolo infortunato; • 1.000.000,00 euro nel caso di più Assicurati infortunati nel medesimo evento, a prescindere dal numero degli stessi.
Rimborso spese per adeguamento abitazione/studio/auto/studio a seguito di grave infortunio	-	-	• 50.000,00 euro per adeguamento dell'abitazione /studio o locale dove è esercitata l'attività • 10.000,00 euro per adeguamento autovettura
Maggiorazione indennizzo per infortunio da atto criminoso	-	-	-
Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo dei locali dell'attività	-	-	50.000,00 euro per Infortunio.
SPECIALE VIAGGIO E TEMPO LIBERO			
Estensione alle malattie tropicali	15% per l'Invalidità permanente	-	-
Maggiorazione indennizzo per infortuni motociclistici, ciclistici, sciistici, velici	-	-	-
SPECIALE FAMIGLIA			
Pacchetto Family	-	-	1.500,00 euro per annualità assicurativa per il rimborso delle prestazioni previste dal pacchetto.
Rimborso spese per adeguamento abitazione e auto a seguito di infortunio			• 50.000,00 euro per adeguamento dell'abitazione • 10.000,00 euro per adeguamento autovettura
Indennizzo forfettario per perdita anno scolastico	-	-	3.000,00 euro
Maggiorazione indennizzo per ricovero contemporaneo dei genitori	-	-	-
Indennizzo aggiuntivo per stato di coma	-	-	10.000,00 euro
Maggiorazione indennizzo per decesso	-	-	-
Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca	-	-	4.000,00 euro per Infortunio
Indennizzo forfettario per parkinson/alzheimer/SLA	-	-	5.000,00 euro
PIÙ ACTIVE			
Salvaguardia piani di investimento	-	-	100.000,00 euro per Infortunio
Maggiorazione per reinvestimento dell'indennizzo invalidità permanente da grave infortunio	-	-	15.000,00 euro per Infortunio
Bonus fedeltà in assenza di sinistri	-	-	-
Indennità aggiuntiva per estinzione mutuo casa	-	-	50.000,00 euro

CONDIZIONI SPECIFICHE - NORME COMUNI BENESSERE

Che cosa NON è assicurato?

Art. 7.1 Persone non assicurabili

Non possono essere assicurate le persone che, al momento dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, risultano affette da alcolismo o tossicodipendenza.

A tal riguardo, si precisa che:

- **Generali Italia, se informata dell'esistenza di una delle circostanze sopra indicate prima dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, non avrebbe acconsentito all'attivazione delle Garanzie stesse;**
- **Se durante il periodo di validità della Garanzia intevriene una delle circostanze sopra indicate, il Contraente o l'Assicurato deve avvisare Cattolica Assicurazioni. In tal caso Cattolica Assicurazioni può recedere dal contratto con effetto immediato per aggravamento di Rischio[12]. L'eventuale recesso è comunicato da Cattolica Assicurazioni al Contraente per iscritto entro un mese dal giorno in cui Cattolica Assicurazioni ha ricevuto l'avviso o ha comunque conosciuto la causa di inassicurabilità.**

In ogni caso, Generali Italia non è obbligata a corrispondere alcun Indennizzo.
Spettano a Generali Italia i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicato il recesso.

Art. 7.2 Esclusioni infortuni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa prestata con le Garanzie della formula Benessere

- **gli Infortuni causati da:**
  - **a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta, se rinnova il documento entro 6 mesi o se il mancato rinnovo entro 6 mesi è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso)**;**
  - **b) abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;**
  - **c) uso di mezzi subacquei;**
  - **d) guerra e insurrezione** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato sorpreso da tali eventi all'estero **nel limite di 14 giorni dopo l'inizio delle ostilità**)**;**
  - **e) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;**
  - **f) contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
  - **g) trasmutazione del nucleo dell'atomo, o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
  - **h) la pratica di qualsiasi attività sportiva professionale.** Per tale si intende un'attività sportiva svolta a titolo oneroso;
- **gli Infortuni accaduti:**
  - **i) alla guida o in qualità di personale di bordo di aeromobili in genere o in qualità di passeggero su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su aeromobili di aeroclub, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);**
  - **j) durante attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore praticate a qualunque titolo;**
  - **k) in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione;** per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro**;**
  - **l) azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di epilessia o di una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive;**
- **gli Infortuni che derivano da:**
  - **m) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato anche in concorso;**
  - **n) uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti agli sport motoristici** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti in occasione di motoraduni o autoraduni);
  - **o) partecipazione a corse e gare (e relative prove e allenamenti) che comportano uso di natanti a motore e a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;**

p) **partecipazione a competizioni riconosciute o approvate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.) di calcio, calcio a 5 (e simili), sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, hockey. Tuttavia, se l'Infortunio si verifica in questi casi e l'Assicurato ha meno di 18 anni, Generali Italia corrisponde l'Indennizzo ridotto del 50%. Se è stato scelto l'ambito di operatività circolazione, sono sempre esclusi gli infortuni che derivano dalla partecipazione a qualunque tipo di competizione organizzata da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.).** La presente esclusione non si applica per le seguenti Garanzie delle sezioni Cure mediche straordinarie e Cure, accertamenti e visite:
   - Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
   - Grandi interventi chirurgici;
   - Alta diagnostica;
   - Visite specialistiche.

Sono inoltre esclusi gli Infortuni:

q) **sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;** sono comunque compresi in Garanzia gli Infortuni avvenuti in Italia in tempo di pace**;**

r) **che conseguono alla pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi titolo praticate: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (in tutte le sue forme anche indoor), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala WW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kitesurf, snowkite, sci acrobatico, sci o snowboard estremi, bob o slittino, rugby, football americano, sport aerei in genere, sport motoristici, sport estremi;** Per le seguenti Garanzie delle sezioni Cure mediche straordinarie e Cure, accertamenti e visite, la presente esclusione vale solo per gli sport aerei e gli sport estremi:
   - Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
   - Grandi interventi chirurgici;
   - Alta diagnostica;
   - Visite specialistiche.

Art. 7.3 Esclusioni malattie

Sono esclusi dall'assicurazione per il caso di Malattia:

a) **stati invalidanti e patologici, Malattie, Malformazioni conosciuti o diagnosticati prima della data di attivazione della Garanzia e non dichiarati a Generali Italia con dolo o colpa grave;**
b) **Difetti fisici preesistenti all'attivazione della Garanzia;**
c) **Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi e schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive o riferibili a esaurimento nervoso e disturbi dello sviluppo psicologico;**
d) **abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso - per scopi non terapeutici - di psicofarmaci e/o di stupefacenti;**
e) **conseguenze di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche**. Sono incluse in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato;
f) **conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;**
g) **contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
h) **prestazioni di natura estetica, cure dimagranti o dietetiche;**
i) **sieropositività da HIV, AIDS e patologie alle stesse collegate.**

Dove vale la copertura?

Art. 8.1 Dove operano le Garanzie

Le Garanzie operano in tutto il mondo.

Con quali condizioni operative assicuriamo?

Art. 9.1 Copertura gratuita del minore di 10 anni

Le coperture gratuite per i figli minori di 10 anni indicati in Polizza sono le seguenti:

a) Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore;
b) Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore;
c) Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
d) Spese mediche per malattia o parto;
e) Grandi interventi chirurgici;
f) Malattie oncologiche;
g) Alta diagnostica;
h) Visite specialistiche.

Le Garanzie gratuite operano se ricorrono le condizioni e nei limiti previsti per ciascuna di esse.
Per la Sezione A Vita la gratuità non è mai prevista.

Per il figlio nato dopo la data di attivazione delle Garanzie di cui alle lettere da c) a h), le stesse sono gratuite fino ai **6 mesi successivi alla nascita** senza necessità di comunicazione a Generali Italia.
Trascorso il termine di 6 mesi, per far continuare a operare la garanzia gratuita nei confronti del minore, il Contraente **deve comunicare a Generali Italia** l'inserimento dello stesso tra le persone assicurate indicate in Polizza.
È prevista la compilazione del Questionario medico, che può comportare, in caso di dichiarazione di precedenti sanitari, l'eventuale pattuizione di esclusioni specifiche o limitazioni di garanzia.
Se alla data di scadenza della Garanzia prestata ai genitori il minore ha già compiuto 10 anni, la gratuità delle coperture cessa a tale data; altrimenti cessa dalla prima scadenza annuale successiva al compimento dei 10 anni.
In ogni caso la copertura gratuita non può essere prestata oltre la scadenza dell'annualità in cui il minore compie 14 anni.
Quando viene meno la gratuità delle Garanzie di cui alle lettere da c) a h), le stesse diventano a pagamento.

CONDIZIONI OPERATIVE PER GLI INFORTUNI

Le Condizioni operative che seguono valgono per le seguenti Garanzie:

- Invalidità permanente da infortunio;
- Pronta liquidazione infortuni;
- Indennità aggiuntiva per frattura;
- Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione;
- Rendita vitalizia da infortunio;
- Spese mediche per infortunio;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio;
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio;
- Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio;
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio;
- Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio;
- Morte da infortunio.

Art. 9.2 Operatività dell'assicurazione infortuni

Se è stato scelto l'**ambito di operatività h24**, l'assicurazione vale per gli Infortuni subìti dall'Assicurato nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in Polizza e ogni altra attività relativa la vita privata e familiare.
Se è stato scelto l'**ambito di operatività solo professionale**, l'assicurazione vale per gli Infortuni subìti dall'Assicurato nello

svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in Polizza. Se confermati dal datore di lavoro, sono inoltre inclusi gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante il tragitto da casa al posto di lavoro e viceversa, effettuato con gli ordinari mezzi di trasporto privati o pubblici, nei limiti di tempo necessari per compiere il tragitto stesso e gli Infortuni subìti dall'Assicurato durante il tragitto abituale per la consumazione dei pasti.
Ai fini della validità di tale opzione l'Assicurato deve svolgere attività professionale alle dipendenze di terzi.
Se è stato scelto l'**ambito di operatività solo extraprofessionale**, l'assicurazione vale per gli Infortuni subìti dall'Assicurato nello svolgimento di ogni normale attività che non ha carattere professionale, inerente alle occupazioni familiari e domestiche, tempo libero, pratica di hobby e in generale a qualsiasi manifestazione della vita quotidiana. **Sono quindi esclusi tutti gli Infortuni che si verificano mentre si svolgono attività a carattere professionale** e, per chi è soggettoi all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, sono esclusi gli Infortuni che rientrano nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria. **Per la validità di tale opzione l'Assicurato deve svolgere attività professionale alle dipendenze di terzi.**
Se è stato scelto l'**ambito di operatività circolazione**, l'assicurazione vale, **ferme le esclusioni riportate di seguito**, per gli Infortuni subìti dall'Assicurato in occasione dell'uso e della guida:

- di qualsiasi veicolo[5] durante la circolazione stradale su strada pubblica o su una strada privata soggetta a uso pubblico o adibita al traffico di pedoni o di veicoli e soggetta alle norme del codice della strada;
- di qualsiasi natante a motore durante la navigazione.

L'assicurazione vale anche per gli Infortuni:

- avvenuti durante le operazioni di salita o discesa dal veicolo o natante;
- subiti in conseguenza di investimenti provocati da qualsiasi veicolo, nei quali l'Assicurato è coinvolto in qualità di pedone.

L'assicurazione non opera per gli Infortuni avvenuti:

a) in aree private;
b) alla guida di mezzi di trasporto pubblici;
c) alla guida di Hoverboard, Segway, Monowheel e Monopattino elettrico;
d) alla guida di veicoli atipici[6] ;
e) durante l'uso e la guida di autocarri e autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e di cose con massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 t.;
f) durante l'uso e la guida di mezzi aerei e di mezzi subacquei;
g) durante la guida dell'autoveicolo privato se l'Assicurato svolge l'attività professionale di autista o rappresentante di commercio;
h) durante operazioni di riparazione o manutenzione del mezzo.

L'ambito di operatività scelto è indicato in Polizza, nella sezione Dichiarazioni del Contraente e accettazione.

La copertura è prestata sulla base delle attività professionali dichiarate in Polizza; **se nel corso del contratto cambia l'attività professionale dichiarata in Polizza, l'Assicurato deve comunicarlo a Generali Italia che valuta l'eventuale diminuzione o aggravamento del Rischio**[7] .

Art. 9.3 Criteri di indennizzabilità

Generali Italia paga l'Indennizzo solo per le **conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio** che risulta indennizzabile in base alla copertura assicurativa.
Sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili:

- l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;
- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle Lesioni prodotte dall'Infortunio.

Nei casi di mutilazioni o Difetti fisici già esistenti, l'Indennizzo per invalidità permanente da infortunio è pagato per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.
Se l'Infortunio si verifica nello svolgimento di un'attività professionale diversa da quelle dichiarate in Polizza, o di un'altra attività svolta con modalità assimilabili a professionalità, l'Indennizzo è dovuto:

- per intero, se all'attività professionale svolta al momento del Sinistro corrisponde un Rischio non maggiore di quello delle attività professionali indicate in Polizza;
- **in misura ridotta in base alle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività professionale svolta al momento del Sinistro corrisponde un Rischio maggiore:**

		ATTIVITÀ DICHIARATA IN POLIZZA			
		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	Classe A	100	100	100	100
	Classe B	80	100	100	100
	Classe C	50	65	100	100
	Classe D	40	50	80	100

Se attivata la Garanzia Pronta liquidazione infortuni i criteri di indennizzabilità previsti dal presente articolo si applicano solo se presenti:
- Lesioni non previste nella relativa tabella,
- più Lesioni,

come disciplinato dall'articolo Pronta liquidazione infortuni.

Quando NON si applicano i criteri di indennizzabilità in presenza della Garanzia Pronta liquidazione infortuni?

Unica Lesione che colpisce un comparto/distretto anatomico previsto nella tabella della Garanzia Pronta liquidazione infortuni

ESEMPIO
Garanzie attivate:
- Invalidità permanente da infortunio – somma assicurata 100.000,00 euro
- Pronta liquidazione infortuni

Infortunio che provoca la Lussazione del polso sinistro
Indennizzo liquidato a tabella: 4.000,00 euro (Somma assicurata per IP * 4%) senza applicazione dei criteri di indennizzabilità

Quando si applicano i criteri di indennizzabilità in presenza della Garanzia Pronta liquidazione infortuni?

Più Lesioni anche quando colpiscono solo o anche comparti/distretti anatomici previsti nella tabella Pronta liquidazione infortuni

ESEMPI
Garanzie attivate:
- Invalidità permanente da infortunio – somma assicurata 100.000,00 euro - tabella ANIA - Franchigia 3%
- Pronta liquidazione infortuni

1. Infortunio che provoca:
- la Frattura di due dita della mano (Lesioni previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)
- la Frattura di due costole toraciche (Lesioni non previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)

a) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 15%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 12%
- Indennizzo liquidato: 12.000,00 euro (15.000,00 euro - 3.000,00 euro di Franchigia)

b) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 2%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 0%
  minore dell'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni alla mano nella stessa previste, di 3.000,00 euro (100.000,00 * 1,5% per ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)
- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

2.Infortunio che provoca la Frattura di due dita della mano (Lesioni previste nella tabella Pronta liquidazione infortuni)

a) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 12%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 9%
- Indennizzo liquidato: 9.000,00 euro (12.000,00 euro - 3.000,00 euro di Franchigia)

b) Invalidità permanente accertata per tutte le Lesioni provocate dall'Infortunio secondo tabella ANIA e criteri di indennizzabilità: 4%
- Indennizzo liquidabile al netto della Franchigia: 1%
  minore dell'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni alla mano nella stessa previste, di 3.000,00 euro (100.000,00 * 1,5% per ciascuna delle due Lesioni alla mano, totale 3%)
- Indennizzo liquidato: 3.000,00 euro

Si applicano i criteri di indennizzabilità e accertamento del grado di Invalidità permanente previsti per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio
Si confronta l'Indennizzo così determinato con l'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni per le Lesioni nella stessa previste
Se il primo è inferiore, Generali Italia paga all'Assicurato l'importo calcolato in base alla tabella Pronta liquidazione infortuni, col limite assoluto di 40.000,00 euro

Generali Italia non paga alcun Indennizzo se l'attività professionale svolta al momento dell'Infortunio è compresa tra le seguenti:

- **sportivi professionisti;**
- **personale viaggiante su aeromobili o mezzi subacquei.**

CODICI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Per valutare il grado di Rischio delle varie attività professionali si deve fare riferimento alla classificazione riportata nell'elenco che segue. L'assicurazione è prestata in base all'esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con quella indicata in Polizza che risulta da tale elenco.
Se oltre all'attività professionale principale l'Assicurato dichiara di svolgere un'attività secondaria con carattere continuativo, anche se non prevalente,si applica il Premio relativo all'attività di maggior Rischio.
In caso di attività non specificate nell'elenco si utilizzano criteri di equivalenza o analogia a un'attività elencata.

CLASSE A

Codice	Descrizione Attività professionale
A103	Amministratore di beni
A106	Architetto con o senza accesso ai cantieri
A107	Avvocato
A111	Geometra senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
A113	Indossatore/trice e fotomodello/a
A114	Ingegnere Architetto con o senza accesso ai cantieri
A124	Notaio
A133	Commercialista e consulente del lavoro
A306	Barbiere, parrucchiere
A315	Estetista, truccatore, callista, manicure, pedicure
A331	Massaggiatore, fisioterapista
A343	Sarto
A510	Politico, sindacalista
A629	Operatore e addetto a centri elaborazione dati
A637	Dirigente, impiegato, quadro – settore pubblico
A638	Dirigente, impiegato, quadro – settore privato
A639	Disegnatore, grafico, pittore artistico
A660	Insegnante senza esercitazione di prove pratiche
A805	Benestante senza altra attività professionale
A809	Appartenente al clero (che non svolge attività di cui al codice B672)
A818	Bambino, studente
A821	Artista di spettacolo (presentatore, musicista, direttore d'orchestra, regista, cantante, attore - escluse controfigure e stunt-men)
A823	Pensionato
A824	Programmatore/Tecnico/Consulente Informatico
A825	Osteopata/Posturologo
A826	Traduttore, interprete

A827	Consulente aziendale con mansioni amministrative
A828	Consulente finanziario/assicurativo
A999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CLASSE B

Codice	Descrizione Attività professionale
B102	Agente e intermediario che opera nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
B110	Geologo
B112	Geometra con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B116	Postino
B117	Istruttore di scuola guida
B120	Medico (escluso radiologo con estensione alle radiodermiti)
B123	Farmacista
B125	Veterinario
B126	Vetrinista
B203	Agricoltore senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B205	Allevatore di animali senza uso di macchinari e senza uso o guida di macchine agricole con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B208	Giardiniere, vivaista: esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B211	Scultore
B304	Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi e impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
B308	Calzolaio
B322	Fotografo, fotoreporter, cineoperatore
B326	Imbianchino senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
B337	Barcaiolo, gondoliere
B338	Odontotecnico
B340	Pellettiere
B341	Antiquario
B344	Tappezziere
B345	Confezionista, magliaio e addetto al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore
B365	Operaio (escluso muratori), anche con uso di macchine, ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi e impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
B401	Albergatore, addetto al servizio alberghiero
B402	Allenatore sportivo non giocatore
B403	Commesso viaggiatore senza trasporto e consegna merce
B407	Commerciante (escluso ambulante): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t. Non sono comprese le attività rientranti nei codici B434 – B421 - B422 - C415 – C420 - C135
B421	Orologiaio, gioielliere
B422	Panettiere, pasticciere senza produzione
B424	Gestore (inclusi addetti e camerieri) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: esclusi cuochi e pizzaioli
B427	Orafo, incisore
B434	Armaiolo con solo attività di vendita
B506	Imprenditore che non presta opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B512	Guida turistica
B603	Analista chimico, biologo, addetto a centri di analisi mediche
B607	Assistente sociale
B619	Bidello
B623	Benzinaio, escluse attività di manutenzione e lavaggio
B628	Pizzaiolo
B631	Portiere, custode in genere
B636	Diplomatico, ambasciatore
B641	Badante/Colf/Collaboratore familiare/baby-sitter
B652	Giornalista
B659	Insegnante con esercitazione di prove pratiche
B662	Magistrato
B672	Infermiere, OSS, paramedico, ostetrica non a bordo di ambulanza
B678	Addetto alle pulizie
B802	Artista di varietà e ballerino
B808	Casalinga/o senza altra attività professionale

B821	Addetto negozio senza attività di carico e scarico e senza uso di macchine
B822	Agronomo che esercita l'attività senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, ponteggi e tetti
B823	Animatore
B824	Archeologo con attività svolta a terra e senza uso di macchine azionate da motore
B825	Bagnino (Piscina)
B826	Enologo
B827	Fonico/Addetto luci/Tecnico del suono attività svolta senza accesso a cantieri, impalcature, tetti e ponteggi e non a contatto con correnti ad alta tensione
B828	Igienista dentale
B829	Influencer
B830	Logopedista
B831	Necroforo/Addetto pompe funebri senza attività murarie e/o di falegnameria
B832	Personal trainer con esclusione delle gare
B833	Psicologo/psicomotricista/pedagogista
B834	Restauratore attività svolta senza accesso a cantieri, impalcature, tetti e ponteggi e non a contatto con correnti ad alta tensione
B835	Wedding Planner
B836	Tatuatore
B837	Medico Dentista/Odontoiatra
B838	Dietista/Dietologo/Nutrizionista/Biologo nutrizionista
B839	Formatore/Consulente formativo/Mental coach/Educatore
B840	Social media manager
B999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CASSE C

Codice	Descrizione Attività professionale
C122	Medico radiologo con estensione alle radiodermiti
C135	Panettiere, pasticciere con produzione
C209	Pescatore, marinaio
C311	Conciaio
C313	Elettricista senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione
C324	Idraulico/Caldaista/Termoidraulico
C334	Meccanico, carrozziere, gommista, elettrauto e simili
C346	Tipografo, litografo
C348	Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi e impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
C362	Riparatore di elettrodomestici in genere (inclusi radio e TV senza intervento su antenna)
C367	Confezionista, magliaio e addetto al settore tessile: con uso di macchine azionate da motore
C404	Commesso viaggiatore con trasporto e consegna merce
C415	Commerciante (incluso addetto) di mobili, elettrodomestici e Hi-Fi, articoli igienico-sanitari con installazione; commerciante ambulante
C420	Macellaio
C518	Imprenditore che presta opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
C622	Benzinaio, incluse attività di manutenzione e lavaggio
C627	Cavaiolo senza uso di mine
C630	Cuoco
C653	Guardiacaccia, guardiapesca, guardia campestre e forestale
C656	Guardia notturna e giurata
C685	Taxista
C686	Autista (esclusi taxisti) di veicoli in genere; guidatore di natanti
C807	Carabinieri (incluso ex Corpo Forestale)
C810	Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)
C811	Guardia di Finanza
C816	Polizia di Stato e Polizia Penitenziaria
C819	Vigile Urbano
C822	Magazziniere
C823	Addestratore di cani/Addetto alla toelettatura di cani/Accalappiacani
C824	Agronomo che esercita l'attività senza uso di macchine ma con accesso a cantieri, ponteggi e tetti
C825	Apicoltore
C826	Archeologo con attività svolta su ponteggi, impalcature o gallerie con o senza uso di macchine azionate da motore
C827	Armaiolo con attività di vendita, riparazione e test di armi
C828	Bagnino (Mare)

C829	Capotreno/Capostazione/Istruttore ferroviario
C830	Addetto/Commesso con attività di carico e scarico e uso di macchine
C831	Fonico/Addetto luci/Tecnico del suono attività svolta con accesso a cantieri, impalcature, tetti e ponteggi e non a contatto con correnti ad alta tensione
C832	Infermiere/OSS/Paramedico che presta l'attività anche a bordo di ambulanza ma non come autista
C833	Liutaio
C834	Necroforo/Addetto pompe funebri che svolge anche attività murarie e/o di falegnameria
C836	Salumiere
C837	Tecnico Radiologo
C838	Consulente aziendale con mansioni esterne
C839	Operatore di droni
C999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CLASSE D

Codice	Descrizione Attività professionale
D201	Abbattitore di piante, boscaiolo
D207	Giardiniere, floricoltore con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso di macchine agricole
D212	Agricoltore con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D301	Antennista
D305	Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi e impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D316	Fabbro
D320	Falegname
D329	Marmista
D336	Muratore
D347	Vetraio
D361	Operaio (escluso muratori) con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D363	Restauratore attività svolta con accesso a cantieri, impalcature, tetti e ponteggi e a contatto con correnti ad alta tensione
D516	Allevatore di animali con uso di macchinari, con uso e guida di macchine agricole e guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D625	Carpentiere
D682	Vigile del fuoco
D815	Palombaro, sommozzatore
D816	Addestratore di cavalli senza doma e senza partecipazioni a gare
D817	Agronomo che esercita l'attività con uso di macchine e con accesso a cantieri, ponteggi e tetti
D818	Ascensorista
D819	Macchinista di treni
D820	Macchinista a bordo di navi
D821	Maniscalco
D822	Spazzacamino
D823	Elettricista con accesso a tetti, ponteggi, impalcature e a contatto con correnti ad alta tensione
D824	Imbianchino con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CONDIZIONI OPERATIVE PER LE MALATTIE

Art. 10.1 Copertura spese mediche

Le seguenti Garanzie:

- Spese mediche per infortunio, malattia o parto,
- Spese mediche per malattia o parto,
- Alta diagnostica, se attivata in abbinamento alla Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto o alla Garanzia Spese mediche per malattia o parto,
- Visite specialistiche,
- Cure fisioterapiche per infortunio,

operano diversamente in base alla Copertura spese mediche scelta tra “IN RETE E FUORI RETE” e “SOLO IN RETE”.
La disciplina di dettaglio è contenuta negli articoli dedicati alle singole Garanzie delle sezioni Che cosa è assicurato? IN ATTIVITÀ Cure mediche straordinarie e Cure, accertamenti e visite.

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 11.1 Questionario medico - Dichiarazioni del Contraente o Assicurato

Generali Italia consente l’attivazione delle Garanzie e determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente o dell’Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Per l’attivazione delle Garanzie del presente Modulo è necessaria la **compilazione e sottoscrizione di apposito Questionario medico**.
Il Contraente/Assicurato deve quindi fornire nel Questionario medico dichiarazioni veritiere, esatte e complete, anche su eventuali Infortuni o patologie:
- già in precedenza dichiarati;
- già oggetto di precedenti Indennizzi da parte di Generali Italia.

Il Questionario medico va compilato e sottoscritto anche in caso di:
- **successiva attivazione** di Garanzia;
- **variazione** della Garanzia in corso;
- **riattivazione** della Garanzia in seguito a precedente cessazione.

A seguito di dichiarazione sul Questionario medico di uno o più precedenti sanitari, Generali Italia si riserva di escluderli dalla copertura o limitare la copertura prevedendo Franchigie o Scoperti da applicarsi a ogni Sinistro che riguarda tali precedenti. Le eventuali esclusioni o limitazioni di copertura sono indicati in Polizza.

Art. 11.2 Indice di massa corporea

Il Premio dovuto per le Garanzie di seguito elencate per gli Assicurati di età **pari o superiore a 18 anni** si basa su una tariffa che prevede aumenti **in funzione dell’indice di massa di corporea** che si determina dividendo il peso espresso in chilogrammi per il quadrato dell’altezza espressa in metri.

Elenco delle Garanzie:
- Invalidità permanente da malattia;
- Invalidità permanente da ictus o infarto;
- Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
- Spese mediche per malattia o parto;
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia;
- Grandi interventi chirurgici;
- Malattie oncologiche;
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico;
- Visite specialistiche;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto.

La variazione del Premio in relazione all’indice di massa corporea opera anche per le seguenti Garanzie della sezione A Vita:
- Spese mediche per infortunio, malatia o parto;
- Visite specialisithche;
- Grandi interventi chirurgici;
- Malattie oncologiche;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia;
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti, la liquidazione del Sinistro è ridotta in proporzione alla differenza tra il

Premio convenuto e quello determinato in base all'indice di massa corporea effettivo.

Art. 11.3 Dichiarazione di non fumatore

Il Premio dovuto per le Garanzie di seguito elencate per gli Assicurati di età **pari o superiore a 18 anni** si basa su una tariffa che prevede **Premi inferiori per i non fumatori.**

Elenco delle Garanzie:

Invalidità permanente da malattia;
Invalidità permanente da ictus o infarto;
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio malattia o parto;
Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia;
Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia;
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico;
Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
Spese mediche per malattia o parto;
Grandi interventi chirurgici;
Malattie oncologiche;
Visite specialistiche.

La riduzione di Premio opera anche per le seguenti Garanzie della sezione A Vita:

- Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
- Visite specialistiche;
- Grandi interventi chirurgici;
- Malattie oncologiche;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia;
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia.

Si considera non fumatore una persona che non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco **negli ultimi 2 anni** e che negli ultimi **5 anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute** su indicazione medica. Si equipara al tabacco l'uso della sigaretta elettronica.
Il Contraente e l'Assicurato devono dare immediata comunicazione di eventuali variazioni dello stato di non fumatore dell'Assicurato avvenuta in corso di validità della Garanzia.
In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti o di mancata comunicazione dell'aggravamento del Rischio per il venir meno dello stato di non fumatore, la liquidazione del Sinistro è ridotta in proporzione alla differenza tra il Premio convenuto e quello determinato per lo stato di fumatore.

Art. 11.4 Variazione della residenza

Il Contraente e l'Assicurato devono dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del Comune di residenza dell'Assicurato avvenute in corso di validità della Garanzia.
In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia può recedere per aggravamento di Rischio[8] con comunicazione scritta al Contraente da dare entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della variazione.
La mancata comunicazione della variazione può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.
Spettano a Generali Italia i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso quando è comunicato il recesso.

Quando e come devo pagare?

Art. 12.1 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali

A ogni scadenza annuale del Premio, è previsto l'adeguamento del **3%** di Somme assicurate/Massimali e del Premio rispetto all'annualità assicurativa precedente per le seguenti Garanzie:

- Invalidità permanente da infortunio;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio;
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio;
- Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio;
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio;
- Spese mediche per infortunio;
- Morte da infortunio.

L'adeguamento si applica solo **se previsto in Polizza.**

Non sono soggetti ad adeguamento:

- **Franchigie espresse in cifra assoluta,**
- **somme che determinano scaglioni di Franchigia,**
- **minimi e massimi di Scoperto,**
- **tutti i valori espressi in percentuale,**
- **limiti di Indennizzo.**

Art. 12.2 Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato

A ogni scadenza annuale del Premio, per le Garanzie:
Invalidità permanente da malattia,
Invalidità permanente da ictus o infarto,
Rendita vitalizia da malattia,
Spese mediche per infortunio, malattia o parto,
Spese mediche per malattia o parto,
Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia,
Grandi interventi chirurgici,
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico,
Cure fisioterapiche per infortunio,
Indennizzo forfettario per gravi eventi,
Visite specialistiche,
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia a o parto,
Indennità per convalescenza da infortunio o malattia,
Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia,
è previsto l'aumento del Premio del **3%** rispetto all'annualità assicurativa precedente, in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.

Per la Garanzia Malattie oncologiche della Sezione IN ATTIVITÀ – Cure mediche straordinarie, è previsto l'aumento del premio del **5%** rispetto all'annualità assicurativa precedente, in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.

L'adeguamento è effettuato dall'undicesimo anno di età dell'Assicurato.

Per le Garanzie della Sezione A Vita, l'adeguamento annuale del Premio in funzione dell'avanzamento dell'età dell'Assicurato **si applica solo ed esclusivamente dopo la scadenza iniziale di 5 anni** con i criteri di seguito esposti.

FORMULA BASIC
Per le Garanzie

- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia,
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia,
- Indennizzo forfettario per gravi eventi:
  - aumento del **3%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, fino all'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 59 anni di età;
  - aumento del **2,5%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 60 anni di età fino all'annualità nel corso della quale ne compie 74;
  - aumento del **6%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 75 anni.

FORMULA COMFORT
Per le Garanzie
- Grandi interventi chirurgici,
- Malattie oncologiche:
  - aumento del **4%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, fino all'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 55 anni di età;
  - aumento del **5,5%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 56 anni di età fino all'annualità nel corso della quale ne compie 70;
  - aumento del **3,5%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 71 anni.

Il Premio della Garanzia Alta Diagnostica non è soggetto ad adeguamento in funzione dell'avanzamento dell'età dell'Assicurato.

FORMULA TOP
Per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto:
- aumento del **2,5%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, fino all'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 40 anni di età;
- aumento del **4%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 41 anni di età fino all'annualità nel corso della quale ne compie 75;
- aumento del **2,5%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 76 anni di età.

Per la Garanzia Visite specialistiche:
- aumento del **3%**, rispetto all'annualità assicurativa, fino all'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 64 anni di età;
- aumento del **3,5%**, rispetto all'annualità assicurativa precedente, dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 65 anni di età fino all'annualità nel corso della quale ne compie 75;
- nessun aumento dall'annualità nel corso della quale l'Assicurato compie i 76 anni.

Il Premio della Garanzia Alta Diagnostica non è soggetto ad adeguamento in funzione dell'avanzamento dell'età dell'Assicurato.

Art. 12.3 Indicizzazione

A ogni scadenza annuale del Premio, per le Garanzie:
- Spese mediche per infortunio, malattia o parto,
- Spese mediche per malattia o parto,
- Grandi interventi chirurgici,
- Malattie oncologiche,
- Alta diagnostica,
- Visite specialistiche,
- Garanzie della Sezione A Vita,

Somme assicurate/Massimali, Premio e Franchigie sono aggiornati in proporzione alle variazioni percentuali dell'**"Indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute" pubblicate dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)** in conformità di quanto segue.
- L'adeguamento si effettua per la prima volta ponendo a raffronto l'indice del terzo mese antecedente la decorrenza del contratto e l'analogo indice relativo allo stesso mese dell'anno successivo. Per i successivi adeguamenti si utilizza per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni. In caso di ritardata pubblicazione dell'indice relativo al mese come sopra individuato, si fa riferimento all'indice disponibile del mese antecedente più prossimo.
- Se dal raffronto degli indici risulta una variazione negativa l'adeguamento non si applica.
- Se dal raffronto degli indici risulta un incremento superiore al 5%:
  - alle Somme assicurate e ai Massimali si applica la variazione effettiva;
  - al Premio si applica la variazione del 5% più il 50% di ogni punto eccedente detta percentuale.

Esempio
Dal confronto degli Indici risulta un **incremento del 12%**:
- **Le Somme assicurate e i Massimali** sono adeguati del **12%**

- **Il Premio** è adeguato dell'**8,5%**: 5% + 3,5% (50% dei 7 punti eccedenti il 5%)

Non sono soggetti a indicizzazione:

- **minimi e massimi di Scoperto,**
- **tutti i valori espressi in percentuale,**
- **limiti di Indennizzo.**

Art. 12.4 Revisione tecnica del premio per la sezione A Vita: rivedibilità della tariffa

Generali Italia, ogni 5 anni, si riserva la facoltà di rivedere il Premio in corso per le Garanzie A Vita (ultimo Premio annuo pagato per tali Garanzie) se sussiste uno dei seguenti motivi:

1. variazioni oggettive nel Servizio Sanitario Nazionale che comportano la riduzione delle prestazioni dallo stesso fornite (per esempio, per Ricoveri, interventi chirurgici, visite, esami o terapie);
2. variazioni oggettive che riguardano una o più delle seguenti basi statistico attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa:
   (a) aspettativa di vita;
   (b) tasso di non rinnovo dei contratti in corso;
   (c) evoluzione del costo o della frequenza delle prestazioni.

La modifica del Premio è applicata alla totalità dei contratti stipulati con Generali Italia con sezione A Vita.
La modifica del Premio non tiene conto dell'eventuale aggravamento dello stato di salute del singolo Assicurato che si è determinato dopo la decorrenza delle Garanzie.
Se Generali Italia intende procedere alla modifica del Premio, provvede a darne comunicazione al Contraente almeno 90 giorni prima della scadenza, indicando il motivo che giustifica la variazione contrattuale e specificando il nuovo importo di Premio. **Il pagamento da parte del Contraente del nuovo Premio comunicato comporta l'accettazione dello stesso e la prosecuzione della copertura assicurativa senza ulteriori formalità. Il Contraente che non vuole accettare le nuove condizioni di premio ha la facoltà di non rinnovare la Sezione A Vita tramite uno dei mezzi di comunicazione previsti dall'articolo Comunicazioni tra le parti della SEZIONE NORME COMUNI DEL PRODOTTO.**

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 13.1 Durata delle Garanzie attivate

Ogni Garanzia ha la durata indicata in Polizza con effetto dalle ore 24 del giorno di attivazione, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; dalle ore 24 del giorno del pagamento se il Premio è pagato successivamente, **salvo eventuali Termini di aspettativa** per l'operatività della copertura.
Le Garanzie della Sezione A Vita hanno durata iniziale di 5 anni con tacito rinnovo.

La Garanzia cessa a seguito di:

- Scadenza, se non è previsto il tacito rinnovo;
- Disdetta;
- Recesso;
- Sostituzione;
- Mutuo consenso.

Non è previsto l'Indennizzo di alcun Sinistro che si verifica dopo la data di cessazione, per qualsiasi motivo, della Garanzia, a eccezione di specifiche estensioni regolate all'interno di singole Garanzie.

Art. 13.2 Attivazione e disattivazione delle Garanzie

Il presente Modulo prevede Garanzie base e Garanzie accessorie.
Le Garanzie accessorie sono attivabili solo se sono attive le relative Garanzie base. Le Garanzie accessorie possono essere disattivate autonomamente dalle relative Garanzia base.

ESEMPIO DI MODALITÀ DI ATTIVAZIONE: Si desidera attivare la Garanzia accessoria Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto/studio a seguito di infortunio. Questa Garanzia è attivabile solo se attivata la Garanzia base Invalidità permanente da infortunio.

ESEMPIO DI MODALITÀ DI DISATTIVAZIONE: Sono attivate la Garanzia base Invalidità permanente da infortunio e la Garanzia accessoria Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto/studio a seguito di infortunio. Il Contraente può decidere di disattivare entrambe le Garanzie oppure disattivare solo la Garanzia accessoria.

Nell'ambito delle Garanzie base sono previste delle **regole di interdipendenza** tra Garanzie da rispettare in caso di attivazione, variazione o cessazione per qualunque causa.
Ogni variazione in corso di contratto è soggetta alla valutazione di Generali Italia.

Art. 13.3 Termini di aspettativa

Per le Garanzie che prevedono Termini di aspettativa di seguito elencate è previsto il decorso di un periodo, successivo alla data di attivazione delle stesse, durante il quale, in tutto o in parte, queste non operano.

Elenco delle Garanzie:
- Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
- Spese mediche per malattia o parto;
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia;
- Grandi interventi chirurgici;
- Malattie oncologiche;
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico;
- Indennizzo forfettario per gravi eventi;
- Alta diagnostica;
- Visite specialistiche;
- Cure fisioterapiche per infortunio;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto;
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia;
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia;
- Garanzie della Sezione A Vita.

Le Garanzie hanno effetto:
- **<u>Per gli Infortuni e l'aborto post-traumatico:</u>**
  - **dalle ore 24 del giorno di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**
- **<u>Per le Malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico:</u>**
  - **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**
- **<u>Per il parto</u>:**
  - **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**
- **<u>Per le Malattie, che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e Malformazioni, presenti prima dell'attivazione della Garanzia, non conosciute e/o non diagnosticate al momento dell'attivazione della stessa o conosciute e dichiarate a Generali Italia</u>:**
  - **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

Per la Garanzia Invalidità permanente da malattia sono previsti i seguenti Termini di aspettativa specifici.
La Garanzia ha effetto:

- **Per l'ictus o l'infarto:**
  - **dalle ore 24 del giorno di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**
- **Per le altre Malattie:**
  - **dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

Per la Garanzia Cure dentarie è previsto il seguente Termine di aspettativa specifico.
La Garanzia ha effetto:
- **dalle ore 24 del 120° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia se a tale data il Premio è stato pagato;**
- **dalle ore 24 del 120° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

Il Termine di aspettativa non opera in caso di cure immediate direttamente conseguenti a Infortunio documentato da certificato di Pronto soccorso.

Per il Pacchetto Family sono previsti i seguenti Termini di aspettativa specifici.
Il Pacchetto ha effetto:
- **Per le prestazioni connesse alla gravidanza:**
  - **dalle ore 24 del 150° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 150° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

- **Per l'elevazione dei sottolimiti previsti per il Ricovero per il parto:**
  - **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

Come si calcolano i Termini di aspettativa?

ESEMPIO 1: Se la data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza è il 1° agosto e il Premio è pagato il 30 luglio (dello stesso anno), tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 agosto (giorno successivo alla data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza con Premio pagato entro tale data).

ESEMPIO 2: Se la data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza è il 1° agosto e il Premio è pagato il 1° settembre (dello stesso anno), tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 settembre (giorno successivo a quello del pagamento del Premio).

Se il presente contratto ne sostituisce senza interruzione un altro che riguarda gli stessi Assicurati, i Termini di aspettativa di cui sopra operano:
- **per le prestazioni e le somme già previste nel contratto sostituito, dalle ore 24 del giorno di effetto indicato nel contratto sostituito o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio;**
- **per le maggiori somme e le diverse prestazioni e Garanzie previste in questo contratto, dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza come data di attivazione della Garanzia o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio.**

Come si calcolano i Termini di aspettativa?

ESEMPIO 1:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2019 – data scadenza 1° gennaio 2021
Alla data di scadenza 1° gennaio 2021 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e mantengo la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto con lo stesso Massimale già presente sulla Polizza in scadenza.
Tutti i Termini di aspettativa per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, sono già decorsi durante la validità della Polizza precedente (sostituita) e quindi non sono conteggiati sulla nuova Polizza.

ESEMPIO 2:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2020 – data scadenza 1° gennaio 2021 - Premio pagato il 1° gennaio 2020.
In data 30 marzo 2020 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e mantengo la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto con lo stesso Massimale già presente sulla Polizza precedente (sostituita).
Tutti i Termini di aspettativa previsti per la Garanzia Spese mediche da infortunio, malattia o parto sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2020, giorno successivo al pagamento del Premio della Polizza precedente (sostituita).

ESEMPIO 3:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2020 – data scadenza 1° gennaio 2021
Alla data di scadenza del 1° gennaio 2021 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e nella quale attivo la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto, non presente sulla Polizza precedente (sostituita), e nella stessa data pago il Premio della nuova Polizza (sostituente).
Tutti i Termini di aspettativa previsti per la Garanzia Spese mediche per infortunio, malattia o parto sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2021, giorno successivo al pagamento del Premio della nuova Polizza.

In caso di variazioni intervenute nel corso del periodo assicurativo, per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate, i Termini di aspettativa decorrono dalle ore 24 del giorno di effetto della variazione indicato in Polizza o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio relativo alla variazione.
Se il Premio o le successive rate di Premio sono pagati con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i Termini di aspettativa di cui sopra decorrono di nuovo dalle ore 24 del giorno del pagamento.

ESEMPIO
Polizza con data decorrenza 1° gennaio 2024 e data scadenza 1° gennaio 2029 con pagamento annuale del Premio.
Il Premio per la prima annualità è pagato il 30 dicembre 2023: tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2024 (giorno successivo alla data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza).
Se il Premio per la seconda annualià è pagato il 30 maggio 2025 (oltre 90 giorni dopo la sua scadenza), i Termini di aspettativa decorrono nuovamente dalle ore 24 del 31 maggio 2025 (giorno successivo alla data del pagamento del Premio per la seconda annualità).

Art. 13.4 Facoltà da parte di Generali Italia di non rinnovare la Sezione A Vita

Nei casi di seguito elencati, Generali Italia può esercitare la facoltà di non rinnovare le Garanzie della sezione A Vita, comunicandolo con le modalità indicate nelle Condizioni Generali del Contratto di assicurazione Active Protezione riportate nella SEZIONE NORME COMUNI DEL PRODOTTO.
Elenco dei casi:

a) **Cessazione del Contraente se questo non è persona fisica;**
b) **Morte del Contraente persona fisica. In questo caso, gli Assicurati con la stessa Polizza diversi dal Contraente, entro i 60 giorni successivi alla scadenza annuale, possono chiedere di proseguire la propria copertura assicurativa e Generali Italia è obbligata a formulare la relativa proposta;**
c) **Solo per il Contraente/Assicurato che sposta la residenza all'estero;**
d) **Richiesta del Contraente di non rinnovare la Sezione A Vita anche per una sola delle persone assicurate[9];**
e) **Cessato esercizio del ramo Malattia da parte di Generali Italia**.

Come posso disdire le Garanzie?

Art. 14.1 Proroga delle Garanzie attivate

Le Garanzie attivate, se non ne è escluso il tacito rinnovo, alla scadenza indicata in Polizza, si prorogano per un anno e così successivamente. Il tacito rinnovo, se previsto, può essere evitato inviando disdetta nei termini e con le modalità indicati **nelle Condizioni Generali del Contratto di assicurazione Active Protezione riportate nella SEZIONE NORME COMUNI DEL PRODOTTO nel rispetto dei vincoli di interdipendenza tra Garanzie**.
Per la **Sezione A Vita**, Generali Italia si obbliga a **rinnovare le Garanzie a ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo**

in cui è in vita l'Assicurato e alle **condizioni pattuite** all'attivazione della Sezione, salva l'applicazione dell'articolo **Facoltà da parte di Generali Italia di non rinnovare la Sezione A Vita**.
Le Garanzie Prevenzione e Assistenza sono prestate in abbinamento alle altre Garanzie del Modulo e cessano al cessare di queste. Quindi:

- **non è prevista la facoltà del Contraente di esercitare disdetta solo per tali Garanzie;**
- **la cessazione delle altre Garanzie del Modulo avvenuta a seguito di disdetta comporta la disattivazione anche delle Garanzie di Prevenzione e Assistenza e quindi dell'intero Modulo.**

Art. 14.2 Facoltà del Contraente di non rinnovare la sezione A Vita in caso di revisione tecnica del premio

In caso di esercizio, da parte di Generali Italia, della facoltà prevista dall'articolo Revisione tecnica del premio per la sezione A Vita: rivedibilità della tariffa, se il Contraente non vuole accettare il nuovo Premio può avvalersi della facoltà di non rinnovare le Garanzie della sezione A Vita.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Evento e determinazione dell'annualità assicurativa di competenza del sinistro

Per le Garanzie:

- Invalidità permanente da infortunio,
- Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore,
- Indennità aggiuntiva per frattura,
- Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione,
- Rendita vitalizia da infortunio,
- Spese mediche per infortunio,
- Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore,
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio,
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio,
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio,
- Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio,
- Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio,
- Morte da infortunio,

il Sinistro è determinato dal verificarsi dell'Infortunio e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data di accadimento dell'Infortunio.
Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia dell'Infortunio con richiesta di Indennizzo accompagnata dalla documentazione sanitaria relativa.

Per le Garanzie:

- Invalidità permanente da malattia,
- Rendita vitalizia da malattia,
- Invalidità permanente da ictus o infarto,
- Indennizzo forfettario per gravi eventi,
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia,

il Sinistro è determinato dalla Diagnosi della Malattia e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data di Diagnosi della Malattia.
Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia della Malattia con richiesta di Indennizzo accompagnata dalla documentazione sanitaria relativa.

Per le Garanzie:

- Spese mediche per infortunio, malattia o parto,
- Spese mediche per malattia o parto,
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia,
- Grandi interventi chirurgici,
- Malattie oncologiche,
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico,
- Alta diagnostica,
- Visite specialistiche,
- Cure dentarie,
- Cure fisioterapiche per infortunio,
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto,
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia,

il Sinistro è determinato dal Ricovero/intervento o dall'effettuazione della prestazione medica in garanzia e l'annualità di competenza del Sinistro è determinata dalla data del Ricovero/intervento o dalla data di documentazione della spesa per la prestazione effettuata.
Per tali Garanzie deve essere presentata la denuncia del Ricovero, dell'Intervento chirurgico e delle prestazioni sanitarie extraricovero con richiesta di Indennizzo accompagnata dalla documentazione sanitaria relativa.

Art. 1.2 Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, accompagnata da certificato medico, deve essere fatta **per iscritto** dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto degli stessi, **entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità**.
La denuncia di Infortunio deve essere presentata all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia.
Il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta.
Se l'Infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, Generali Italia deve essere immediatamente avvisata.
Se non si rispettano gli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro si può perdere il totale o parziale diritto all'Indennizzo[10]**.**

Art. 1.3 Denuncia della malattia

La denuncia della Malattia, accompagnata da **certificato medico**, deve essere fatta per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto degli stessi, **entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione, a eccezione di quanto diversamente disciplinato per le singole Garanzie**.
La denuncia della Malattia deve essere presentata all'Agenzia che gestisce il contratto.
Se secondo **parere medico** la Malattia può comportare un'Invalidità permanente o un'Inabilità temporanea, deve essere inviata a Generali Italia copia:

- dei certificati medici compreso il certificato che attesta la stabilizzazione della Malattia denunciata;
- delle Cartelle cliniche complete
- ogni altro documento che attesta il decorso e le conseguenze della Malattia, utile per valutare i postumi invalidanti.

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico, appena disponibile, deve essere inviata la necessaria documentazione medica, compresa la Cartella clinica completa in copia conforme all'originale e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) che indica durata e ragioni del Ricovero o dell'intervento.

Art. 1.4 Denuncia del ricovero o dell'intervento chirurgico e di prestazioni sanitarie extra ricovero

La denuncia del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, di un Accertamento diagnostico, Visita specialistica, prestazione fisioterapica o cura dentaria, deve essere fatta **per iscritto** dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto degli stessi, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione, a eccezione di quanto diversamente disciplinato per le singole Garanzie.
In caso di Ricovero, Intervento chirurgico, Accertamento diagnostico, Visita specialistica o prestazione fisioterapica, la denuncia deve essere presentata insieme alla relativa certificazione medica.
In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico deve essere inviata, appena disponibile, la necessaria documentazione medica, inclusa la Cartella clinica completa in copia conforme all'originale e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) che indica durata e ragioni del Ricovero o dell'intervento.

Art. 1.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato (o i suoi aventi diritto) **deve acconsentire alla visita** dei medici incaricati da Generali Italia (a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti) e alle indagini, valutazioni e accertamenti - da eseguirsi in Italia - necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo e fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia ritiene opportuno acquisire per una corretta e completa istruttoria del Sinistro.

Art. 1.6 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la documentazione necessaria per la verifica del diritto all'Indennizzo e per la sua quantificazione secondo le presenti Condizioni di assicurazione, Generali Italia procede:

- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

Il pagamento o la comunicazione sono effettuati **entro trenta (30) giorni**:

- dal ricevimento della documentazione completa, o
- dalla conclusione della eventuale procedura di accertamento, con atto di pagamento o verbale di perizia, promossa secondo quanto previsto dalle presenti Condizioni Specifiche.

Sono validi **eventuali diversi termini e condizioni previsti per specifiche Garanzie**.
Generali Italia procede comunque al pagamento delle eventuali somme non contestate.

Art. 1.7 Richiesta di rimborso

Per le Garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, l'Indennizzo avviene su richiesta dell'Assicurato stesso (o dei suoi aventi diritto).
Se scelta la Copertura Spese mediche "SOLO IN RETE", per le prestazioni da effettuare presso Strutture mediche Convenzionate, l'Assicurato deve farsi riconoscere **come Assicurato Generali Italia**.
Tutte le spese devono essere documentate, presentando la documentazione giustificativa della spesa effettuata.
Se presentati gli originali fiscalmente validi delle documentazioni di spesa, Generali Italia provvede alla loro restituzione.

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una stessa prestazione presente in questo contratto, deve fornire a Generali Italia evidenza degli **importi ricevuti o riconosciuti**.
Generali Italia paga la prestazione richiesta solo per la parte di spesa sostenuta dall'Assicurato, **al netto di quanto a carico dei suddetti terzi** e comunque fino a un importo che, sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore, non supera il costo sostenuto per quella prestazione.
Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 1.8 Denuncia on line

Per le prestazioni previste dalle Garanzie di seguito elencate, le richieste di Indennizzo e di rimborso, oltre che all'Agenzia di riferimento, possono essere effettuate anche on line tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall' App MyCattolica.

Elenco delle Garanzie

- Spese mediche per infortunio, malattia o parto;
- Spese mediche per malattia o parto;
- Spese mediche per infortunio o malattia (della Sezione A Vita);
- Spese mediche pre e post ricovero per infortunio o malattia;
- Grandi interventi chirurgici;
- Malattie oncologiche;
- Estensione delle cure oncologiche;
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico;
- Alta diagnostica;
- Visite specialistiche;
- Cure dentarie;
- Cure fisioterapiche per infortunio;
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto;
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia;
- Indennizzo forfettario per gravi eventi;
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da malattia;
- Pacchetto Family.

Art. 1.9 Assistenza diretta – modalità di attivazione

Per le Garanzie di seguito elencate, l'Assicurato può attivare l'Assistenza diretta:
- Spese mediche per infortunio, malattia o parto (sezione Cure mediche straordinarie e A Vita);
- Spese mediche per malattia o parto;
- Spese mediche per infortunio, solo per i Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Grandi interventi chirurgici (sezione Cure mediche straordinarie e A Vita);
- Malattie oncologiche (sezione Cure mediche straordinarie e A Vita);
- Alta diagnostica (sezione Cure mediche straordinarie e A Vita);

- Visite specialistiche (sezione Cure mediche straordinarie e A Vita);
- Cure fisioterapiche per infortunio.

L'Assistenza diretta è prevista per le seguenti prestazioni eseguite **presso Strutture mediche Convenzionate**:

- programmi di prevenzione sanitaria;
- prestazioni effettate durante il periodo di Ricovero o di permanenza in Day surgery;
- Interventi chirurgici ambulatoriali;
- Visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi post Ricovero previsti dalle Garanzie Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Spese mediche per malattia o parto, Grandi interventi chirurgici, Malattie oncologiche, **se il ricovero o intervento chirurgico è stato autorizzato dalla Centrale Operativa**;
- terapie oncologiche non chirurgiche (anche in Day hospital o ambulatoriali) e Accertamenti diagnostici previsti dall'Estensione delle cure oncologiche. L'assistenza diretta non opera se terapie e accertamenti sono effettuati dopo la cessazione della validità della Garanzia cui l'estensione si riferisce;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi previsti dalla Garanzia Spese mediche per infortunio;
- prestazioni previste dalla Garanzia Alta diagnostica;
- prestazioni previste dalla Garanzia Visite specialistiche;
- Trattamenti fisioterapici previsti dalla Garanzia Cure fisioterapiche per infortunio.

Se attivate sia la Garanzia Spese mediche per infortunio che la Garanzia Pronta liquidazione infortuni, in caso di Infortunio liquidato con indennizzo predeterminato ai sensi della Garanzia Pronta liquidazione infortuni, l'Assicurato può attivare l'Assistenza diretta anche per le seguenti prestazioni previste dalla Garanzia Spese mediche per infortunio:

- prestazioni effettuate durante il periodo di Ricovero o di permanenza in Day surgery;
- Interventi chirurgici ambulatoriali.

In caso di mancato pagamento del Premio alla scadenza, il servizio di Assistenza diretta è **sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno del pagamento**.
L'Assicurato può attivare la procedura di Pagamento diretto tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it. o dalla App MyCattolica **almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione**.possono essere effettuate anche on line tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall' App MyCattolica.

Per attivare la procedura di Pagamento diretto tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai numeri disponibili nell'Area Clienti.
L'Assicurato deve fornire i seguenti dati:

- numero di Polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

Il servizio di assistenza in forma diretta non può essere erogato se l'Assicurato richiede la prestazione meno di 5 giorni prima della data prestabilita per la stessa a eccezione dei Ricoveri e di prestazioni extraospedaliere che rivestono effettivo carattere d'urgenza clinicamente documentata.
Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa, l'operatore chiede all'Assicurato o all'Agenzia di inviare i seguenti indispensabili documenti, che possono essere trasmessi anche in un momento successivo se non disponibili:

- certificato medico con Diagnosi e tipo di prestazione prevista;
- anamnesi patologica prossima e remota, datate e dettagliate, con specifica data di prima Diagnosi della patologia oggetto della prestazione;
- Accertamenti diagnostici e referti degli esami strumentali eseguiti;
- referto di pronto soccorso per Trattamenti fisioterapici a seguito di Infortunio, previsti dalle Garanzie Spese mediche per infortunio e Cure fisioterapiche per infortunio;
- preventivo dei costi anche per prestazioni con Pagamento misto, su richiesta se necessario.

L'Assicurato compila la Lettera di impegno all'accettazione presso la Struttura medica convenzionata.
La Centrale Operativa in seguito paga alla Struttura medica convenzionata le spese garantite, **ad esclusione dell'eventuale Scoperto/Franchigia a carico dell'Assicurato**.
Questa modalità di Indennizzo è possibile solo se le prestazioni sono eseguite presso Strutture mediche Convenzionate con conferma di Pagamento diretto dalla Centrale Operativa.
In tutti gli altri casi il pagamento di quanto dovuto in base al contratto avviene a rimborso.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/ e sull'App MyCattolica.

Per la Garanzia Spese mediche per infortunio, in caso di Infortunio liquidato con la Garanzia Pronta liquidazione infortuni, per attivare l'Assistenza diretta in caso di Ricovero, Day surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato **deve produrre la seguente documentazione:**

- verbale di Pronto soccorso che attesta l'Infortunio con documentazione degli accertamenti eseguiti;
- se non incluso nella documentazione allegata al verbale di pronto soccorso, esame strumentale che attesta la lesione.

La richiesta di assistenza diretta alla Centrale Operativa può essere effettuata dopo 7 giorni dalla denuncia dell'Infortunio.
Alla positiva verifica della convenzione e della documentazione, la Centrale Operativa autorizza l'Assistenza diretta.
L'Assicurato compila la Lettera di impegno all'accettazione presso la Struttura medica Convenzionata.
La Centrale Operativa in seguito paga alla Struttura medica Convenzionata le spese garantite.
Questa modalità di Indennizzo è possibile solo se le prestazioni sono eseguite presso Strutture mediche Convenzionate con conferma di Pagamento diretto dalla Centrale Operativa.
In tutti gli altri casi il pagamento di quanto dovuto in base al contratto avviene a rimborso.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/ e sull'app MyCattolica.

Per il Programma di prevenzione sanitaria, **l'Assicurato deve attivare la procedura di Pagamento diretto almeno 30 giorni prima rispetto alla data di scadenza dell'annualità assicurativa in cui la prestazione è erogabile.**
La Centrale Operativa, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, individua la Struttura medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato e gli conferma che la prenotazione delle prestazioni previste dal programma scelto è avvenuta e che il Pagamento diretto è operativo.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.cattolica.it .
In mancanza di Strutture mediche Convenzionate nella Provincia di residenza dell'Assicurato, lo stesso può eseguire per proprio conto le prestazioni previste dal programma di prevenzione scelto e poi chiedere il rimborso.

Art. 1.10 Pagamento misto

In caso di Ricovero o Intervento chirurgico in una Struttura medica convenzionata ma con prestazioni fornite da medici non convenzionati con la Centrale Operativa, la liquidazione avviene in forma di Pagamento misto:

- Generali Italia rimborsa all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati; il rimborso va richiesto con le modalità previste dall'articolo Richiesta di rimborso;

- il pagamento delle spese per i costi della Struttura medica convenzionata è gestito in assistenza diretta con le modalità previste dall'articolo Assistenza diretta – modalità di attivazione.

Art. 1.11 Accesso alle tariffe convenzionate

Se l'Assicurato si rivolge a una Struttura medica Convenzionata, con pagamento a proprio carico, **e si fa riconoscere come Assicurato Generali Italia,** ha diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione anche per prestazioni che non rientrano nella copertura assicurativa sottoscritta.
L'applicazione di tariffe convenzionate può essere richiesta anche per prestazioni che non rientrano nella copertura assicurativa sottoscritta.

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'l'App MyCattolica.

Art. 1.12 Dental Network

È il network sanitario di riferimento per l'odontoiatria con una rete di Strutture odontoiatriche Convenzionate.
Per attivare la procedura di Pagamento diretto, l'Assicurato può accedere al servizio tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica **almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione.**
Per attivare la procedura di Pagamento diretto tramite canale telefonico, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai numeri disponibili nell'Area Clienti.

Per le prestazioni non previste dalla specifica sezione di Polizza, l'Assicurato può usufruire di tariffe agevolate tramite il Dental network.
L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.13 Anticipo indennizzo

Generali Italia su richiesta dell'Assicurato, se riportate in Polizza le rispettive Garanzie e se è stato pagato il relativo Premio, corrisponde un anticipo dell'Indennizzo, sottratto dalla liquidazione definitiva, solo se non sorgono contestazioni sull'indennizzabilità del Sinistro, nei casi e alle condizioni indicate di seguito.

- Per la Garanzia **Invalidità permanente da infortunio**: se la verifica definitiva dell'Invalidità permanente è rinviata per accordo delle parti a **oltre 1 anno** dal giorno dell'Infortunio.
  L'anticipo è corrisposto fino al 50% del presumibile Indennizzo definitivo, col **massimo di 50.000,00 euro**.
- Per le Garanzie **Invalidità permanente da malattia e Invalidità permanente da ictus o infarto** se per la Malattia, l'ictus o l'infarto denunciati:
  a. trascorsi almeno 12 mesi dalla denuncia, la Malattia stessa non risulta stabilizzata;
  b. l'Invalidità permanente che può derivare risulta, dalle valutazioni mediche effettuate, di grado superiore alla Franchigia stabilita nel contratto.

  L'anticipo è determinato applicando alla somma assicurata la percentuale liquidabile individuata nella tabella di determinazione dell'Indennizzo in corrispondenza del grado di invalidità permanente minimo prevedibile per la Malattia secondo valutazione medica e **non può superare il 50%** dell'Indennizzo corrispondente al grado di invalidità permanente massimo prevedibile secondo valutazione medica per la stessa Malattia.

- Per la Garanzia **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio**, su presentazione dei documenti che attestano e giustificano il Ricovero stesso; si applicano i limiti previsti per la Garanzia stessa. Se la degenza si prolunga la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.
- Per la Garanzia **Spese mediche per infortunio**:se l'Assicurato ha sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a 2.000,00 euro e presenta i documenti giustificativi. L'anticipo è corrisposto nei limiti previsti per la Garanzia stessa salvo conguaglio a cura ultimata.
- Per le Garanzie **Spese mediche per infortunio, malattia o parto, Spese mediche per malattia o parto, Grandi interventi chirurgici, Malattie oncologiche**: se l'Assicurato decide di ricorrere a Istituti di cura o medici non convenzionati, può chiedere un anticipo sulle spese complessivamente preventivate per prestazioni indennizzabili in base alla copertura assicurativa.
  L'anticipo è corrisposto nei limiti previsti per la Garanzia stessa se:
  - è presentata idonea certificazione rilasciata dall'Istituto di cura che attesta il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del Ricovero; il preventivo deve essere di almeno 15.000,00 euro;
  - non emergono possibili elementi di contestazione circa l'indennizzabilità in base alla copertura assicurativa delle spese preventivate;
  - la presunta data del Ricovero non è oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo.

  L'anticipo è corrisposto se la spesa non supera il limite del 50% della somma assicurata con il massimo di 50.000,00 euro.
  In caso di convenzionamento "misto" l'anticipo può essere chiesto solo per gli importi relativi agli onorari dei medici non convenzionati.
  In questo caso devono essere presentati:
  - certificazione dell'Istituto di cura che attesta la prenotazione del Ricovero/intervento;
  - preventivo per l'importo relativo all'équipe medico chirurgica.

  L'anticipo non può superare l'importo del preventivo dell'équipe medico chirurgica.

Generali Italia ha diritto di chiedere la restituzione dell'anticipo in caso di:
- successiva accertata non indennizzabilità in base alla copertura assicurativa delle spese preventivate;
- mancata esecuzione del Ricovero/intervento.

Art. 1.14 Controversie – Perizia contrattuale

In caso di controversie di natura medica che riguardano le Garanzie
- Invalidità permanente da infortunio,
- Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore,
- Invalidità permanente da malattia,
- Invalidità permanente da ictus o infarto,
- Indennità aggiuntiva per frattura,
- Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione,
- Rendita vitalizia da infortunio,
- Rendita vitalizia da malattia,
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio,
- Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio,
- Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio,
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio,
- Pronto Indennizzo per inabilità prolungata da infortunio,

le parti possono demandare la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti.
In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominare un terzo medico con il consenso delle parti.
Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su richiesta di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Il terzo medico interviene **solo in caso di disaccordo** e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza e sono **vincolanti per le parti**.
Ciascun medico può farsi assistere da altri medici e specialisti, i quali possono intervenire nella perizia, senza però avere voto deliberativo.
Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico e dei professionisti nominati dal proprio medico che hanno collaborato alla perizia. Le spese e competenze del terzo medico sono ripartite a metà tra l'Assicurato e Generali Italia.

I risultati della perizia sono raccolti in un verbale redatto in doppio esemplare, uno per l'Assicurato e uno per Generali Italia.

Art. 1.15 Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato

Generali Italia rinuncia al proprio diritto di surroga[11] verso gli eventuali responsabili dell'evento dannoso indennizzato, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, lasciando agli stessi la facoltà di fare valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili; lascia così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Come posso disdire le Garanzie?

Art. 2.1 Recesso in caso di sinistro

Il **Contraente o Generali Italia** possono **recedere a seguito della denuncia di ogni Sinistro** relativo alle Garanzie attivate con il presente Modulo, nei limiti e con gli effetti di seguito previsti.

1. Se sono state attivate **Garanzie malattie che non appartengono alla sezione A Vita**, la facoltà di recesso **non può essere esercitata da nessuna delle due parti** in relazione a Sinistri relativi alle stesse.
2. Se sono state attivate **Garanzie malattie della sezione A Vita**, la facoltà di recesso **può essere esercitata da entrambe le parti** solo a seguito di denuncia di **Sinistro verificatosi** su una di tali Garanzie **nei primi 2 anni dall'attivazione** delle stesse. Il recesso ha **effetto per le sole Garanzie della Sezione A Vita**.
3. Se sono state attivate una o più delle Garanzie di seguito elencate, la facoltà di recesso può essere esercitata **da entrambe le parti per tutta la durata delle stesse** a seguito di denuncia di Sinistro a esse relativo.
   Elenco delle Garanzie:
   - Invalidità permanente da infortunio,
   - Invalidità permanente da infortunio: copertura gratuita per il figlio minore
   - Indennità aggiuntiva per frattura,
   - Indennità aggiuntiva per frattura e lussazione,
   - Rendita vitalizia da infortunio,
   - Spese mediche per infortunio,
   - Spese mediche per infortunio: copertura gratuita per il figlio minore,
   - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio,
   - Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio,
   - Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio,
   - Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio,
   - Pronto Indennizzo per inabilità prolungata da infortunio,
   - Morte da infortunio,

   In tal caso:
   - se a recedere è il **Contraente**, il recesso ha effetto **per tutte le Garanzie previste dal Modulo ma può richiedere di mantenere le Garanzie della sezione A Vita**, se attivate;
   - se a recedere è **Generali Italia**, se presenti **Garanzie malattie**, queste **rimangono attive** per la loro durata residua; il **Contraente** ha comunque **facoltà di esercitare il recesso anche da tali Garanzie**, con comunicazione a Generali Italia tramite lettera raccomandata o Posta Elettronica Certificata inviata **entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso per Sinistro di Generali Italia. In tal caso, tutte le Garanzie del Modulo cessano decorsi 30 giorni da quello del ricevimento da parte del Contraente della comunicazione di recesso inviata da Generali Italia.**

Il recesso per Sinistro può essere esercitato dopo ogni Sinistro denunciato in base al contratto e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo e:

- **deve essere comunicato** per iscritto tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o Posta Elettronica Certificata;
- se è esercitato dal **Contraente** ha efficacia dalla data di **ricevimento della comunicazione**;
- se è esercitato **da Generali Italia** ha efficacia dopo **30 giorni da quello di ricevimento** della comunicazione stessa.

In tutti i casi di recesso, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia dello stesso, Generali Italia rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il pagamento o la riscossione dei Premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro o qualunque altro atto delle parti non possono essere interpretati come loro rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso.

Non è prevista la facoltà del Contraente o di Generali Italia di recedere per Sinistro che riguarda solo la Garanzia Prevenzione e Assistenza.

[1] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

[2] Artt. 60 e 62 del Codice civile.

[3] Artt. 2110 e 2118 del Codice civile.

[4] Art. 1898 del Codice civile.

[5] Così come classificato dall'art. 47 del Codice della strada (decreto legislativo 30 aprile 1992 n. 285 e successive modifiche).

[6] Art. 47 lettera n) del Codice della strada.

[7] Artt. 1897 e 1898 del Codice civile.

[8] Art. 1898 del Codice civile.

[9] Se l'Assicurato per il quale il Contraente ha richiesto di non rinnovare l'assicurazione al momento dell'attivazione era inserito nel suo certificato di Stato di Famiglia e ne esce, Generali Italia non esercita questa facoltà.

[10] Art. 1915 del Codice civile.

[11] Art. 1916 del Codice civile.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Il seguente elenco si applica alla **Garanzia Grandi interventi chirurgici**.

L'elenco degli interventi chirurgici prevede un raggruppamento secondo sistema, organo o apparato, e, 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 Interventi sul talamo e sul globo pallido extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico)	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 craniotomia
	01.52	Emisferactomia
	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		

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
granulazione. Incisione celebrale e dellle 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
Cordotomia e mielotomia percutanea	03.21	Cordotomia percutanea
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
Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici	04.42	Altra decompressione di nervi cranici
Anastomosi e trapianti nervosi	04.74	Altre anastomosi di nervi cranici e periferici

2. Interventi sul sistema Endocrino (06-07)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa/Gozzo retrosternale con mediastinotomia	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
Intervento sulla ipofisi per via trasfenoidale	07.62	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-sfenoidale
Intervento sulla ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via non specificata
Timectomia	07.80	Timectomia, SAI

3. Interventi sull'Occhio (08-16)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Vitrectomia	14.72	Altra rimozione del corpo vitreo
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	16.49	Altra enucleazione del bulbo oculare
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	16.89	Altra riparazione di lesione del bulbo oculare o dell'orbita

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	304	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
Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale/Pleuropneumectomia cerebrale per morbo di Parkinson e disordini del movimento intervento per impianto	31.79	Altri interventi di riparazione e di plastica sulla trachea
Resezione bronchiale con reimpianto	32.1	Altra asportazione di bronchi
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30-34)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto del blocco cuore polmone
Interventi per ascessi e per tumori - mediastino	34.3	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.59	Altra asportazione della pleura
	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
Valvulotomia a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvulotomia a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	3510	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	RSostituzione 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
Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici	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
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	38.37	Resezione di vene addominali 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

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Interventi chirurgici per ipertensione portale/Troabectomia venosa periferica: iliaca, cava/interventi per innesti di vasi/legatura vena cava inferiore	38.87	Altra occlusione chirurgica di vene addominali iliaca, portale, renale, splenica, vena cava inferiore
Bypass aorto-renale/aorto-mesenterico/aorto-iliaco o aorto-femorale/Disostruzione e bypass arterire perfieriche/Disostruzione e bypass aorto-addominale	39.26	Altri anastomosi o bypass vascolari intraaddominali
Bypass vascolare extra-intracranico/derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	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
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	42.91	Legatura di varici esofagee
Resezione gastro-duodenale	43.6	Gastrectomia parziale con anastomosi duodenale
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
Procto-colectomia totale con pouch ileale	48.0	Proctotomia
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	Interventi sulla colecisti e sulle vie biliari
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 di pancreas
Mega-esofago ed esofagite da reflusso	530.1	Esofagite da reflusso
Intervento per diverticolo dell’esofago	530.6	Intervento per diverticolo dell’esofago

9. Interventi sull'apparato Urinario (55-59) e Intervento sugli Organi Maschili (60-64)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione ICD9
Nefrectomia polare/Eminefrectomia	55.4	Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto renale	55.6	Trapianto renale
Pielouretero plastica per stenosi del giunto	55.87	Pielouretero plastica per stenosi del giunto
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)	56.82	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)
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
Estrofia vescicale (trattamento completo)	57.86	Ricostruzione di vescica estrofica
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	Descrizoine 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 IDC9
Craniostenosi	75.40	Malformazioni congenite del cranio, della faccia e della mascella
Frattura dei mascellari: terapia chirurgica	76.74	Riduzione aperta di frattura mascellare
Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni	78.29	Accorciamento di altro osso
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	81.85	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale di ginocchio

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Descrizione IDC9
Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti/Resezioni del sacro	81.65	Vertebroplastica
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
Disarticolazioni: grande	84.08	Distorsione e distrazione di altri siti specificati della spalla e del braccio
	84.18	Distorsione e distrazione di altri siti specificati del gomito e dell'avambraccio
	84.38	Distorsione e distrazione di altri siti specificati dell'anca e della coscia
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

ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI NELL'AMBITO DELLA CHIRURGIA PEDIATRICA

Tipo intervento/Diagnosi
Cranio bifido: con meningocele o con meningoencefalocele
Craniostenosi
Idrocefalo ipersecretivo
Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato
Linfangioma cistico del collo
Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
Atresia congenita dell'esofago
Fistola congenita dell'esofago
Torace a imbuto e torace carenato
Stenosi congenita del piloro
Occlusione intestinale del neonato: malrotazione bande congenite, volvolo; atresie necessità di anastomosi; ileo meconiale ileostomia semplice, resezione secondo Mickulicz, resezione con anastomosi primitiva
Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale; operazione perineale
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
Prolasso del retto: operazione addominale
Teratoma sacrococcigeo
Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale
Nefrectomia per tumore di Wilms
Spina bifida: meningocele; mielomeningocele
Megacolon: colostomia; resezione anteriore; operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

L'elenco degli Interventi chirurgici si riferisce alla **Garanzia Indennizzo forfettario per intervento chirurgico**.

Per facilitare la consultazione dell'elenco e l'individuazione della classe associata a ciascun intervento chirurgico sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo o apparato, e, all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato è quello previsto dalla classificazione ICD9-CM riconosciuto e pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

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

L'indennizzo dipende dalla somma assicurata e dalla classe di intervento:

CLASSE DI INTERVENTO	Somma assicurata	
	30.000,00	50.000,00
I	1.000,00	1.500,00
II	2.000,00	2.500,00
III	3.000,00	4.000,00
IV	5.000,00	6.000,00
V	7.000,00	10.000,00
VI	15.000,00	20.000,00
VII	20.000,00	30.000,00

Interventi sul sistema nervoso (01-05)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
Puntura transcranica, trapanazione per drenaggio ventricolare	0101	Puntura delle cisterne	III
	0102	Puntura ventricolare mediante catetere già impiantato	
	0109	Altra puntura del cranio	
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma	0124	Altra craniotomia	IV

Interventi sul sistema nervoso (01-05)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico)	0125	Altra craniectomia	
Interventi sul talamo e sul globo pallido	014	Interventi sul talamo e sul globo pallido	V
Emisferectomia	0152	Emisferectomia	VII
Lobectomia cerebrale	0153	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)	VI
Lobotomia e trattotomia	0132	Lobotomia e trattotomia	V
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali	0131	Incisione delle meningi cerebrali	VI
	0139	Altre incisioni cerebrali	
	0151	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali	
	021	Trattamento di lesione delle meningi cerebrali	
	029	Altri interventi su cranio, cervello e meningi cerebrali	
	0159	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale	
	016	Asportazione di lesioni del cranio	
Ventricolostomia e posizionamento, sostituzione, rimozione o revisione di shunt ventricolare	022	Ventricolostomia	IV
	0231	Anastomosi fra ventricolo e strutture della testa e del collo	
	0232	Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio	
	0233	Anastomosi fra ventricolo e cavità toracica	
	0234	Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi	
	0235	Anastomosi fra ventricolo ed apparato urinario	
	0239	Altri interventi per il drenaggio ventricolare	
	0242	Sostituzione di anastomosi ventricolare	
	0243	Rimozione di anastomosi ventricolare	
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore intracranico	0293	Impianto di neurostimolatore intracranico	III
	0122	Rimozione di neurostimolatore intracranico	
Applicazione, sostituzione o rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo	0294	Applicazione o sostituzione di trazione transcranica o dispositivo di halo	I
	0295	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo	
Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici	0492	Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici	II
Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	0493	Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	I
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale (laminectomia per decompressione di radice, laminotomia, foraminotoma)	0302	Riapertura di pregressa laminectomia	IV
	0309	Altra esplorazione e decompressione del canale vertebrale	
Cordotomia e rizotomia	0329	Altra cordotomia	III
Cordotomia percutanea (stereotassica)	0321	Cordotomia percutanea	IV
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo	034	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali	V
	0359	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale	
	036	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi	
Riaparzione di fratture vertebrali	0353	Riparazione di fratture vertebrali	IV
Creazione, revisione e rimozione di shunt spinale	0379	Altro anastomosi spinale	II
	0397	Revisione di anastomosi spinale	
	0398	Rimozione di anastomosi spinale	
Creazione di shunt subaracnoideo-peritoneale	0371	Anastomosi spinale subaracnoideo-peritoneale	IV
o subaracnoideo-ureterale	0372	Anastomosi spinale subaracnoideo ureterale	
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore spinale	0393	Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale	II
	0394	Rimozione di neurostimolatore spinale	
Altri interventi su midollo spinale e canale vertebrale	0399	Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale	IV

Interventi sul sistema nervoso (01-05)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Sezione ed asportazione di nervi cranici e periferici (escluso neurectomia	0404	Altra incisione dei nervi cranici e periferici	
otticociliare, gangliectomia simpatica, neurinoma acustico e neurotomia del trigemino)	0407	Altra resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici	V
Asportazione neuroma acustico mediante craniotomia	0401	Asportazione di neuroma acustico	III
Sezione trigemino retrogasseriana; decompressione radici trigemino	0402	Sezione del nervo trigemino	III
	0441	Decompressione delle radici del trigemino	
Gangliectomia di nervo cranico o periferico	0405	Gangliectomia del ganglio di Gasser	V
	0406	Altre gangliectomie di nervi cranici o periferici	
Sezione di nervo o ganglio simpatico, simpaticectomia	0529	Altre simpatectomie e gangliectomie	V
Demolizione nervi cranici o periferici	042	Demolizione di nervi cranici e periferici	V
Sutura di nervi cranici e periferici (esclusi nervi simpatici)nervi cranici o periferici	043	Suture dei nervi cranici e periferici	V
Sutura di nervi o gangli simpatici	058	Altri interventi su nervi o su gangli simpatici	V
Separazione aderenze e decompressione nervi cranici e periferici (escluso trigemino, tunnel carpale e tarsale)	0442	Altra decompressione di nervi cranici	V
	0449	Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze	
Liberazione tunnel carpale o tarsale	0443	Liberazione del tunnel carpale	II
	0444	Liberazione del tunnel tarsale	
Innesto o trapianto di nervo	045	Innesto di nervi cranici o periferici	III
	046	Trasposizione di nervi cranici e periferici	
Neuroplastica cranica o periferica	0499	Altri interventi sui nervi cranici e periferici	IV

Interventi sul sistema endocrino (06-07)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esplorazione e drenaggio della regione tiroidea, compresa asportazione di corpo estraneo	0601	Aspirazione nella regione tiroidea	I
	0602	Riapertura di ferita della regione tiroidea	
	0609	Altra incisione della regione tiroidea	
Tiroidectomia e/o paratiroidectomia parziali e altri interventi su tiroide e/o paratiroidi	062	Lobectomia monolaterale della tiroide	III
	0631	Asportazione di lesione della tiroide	
	0639	Altra tiroidectomia parziale	
	067	Asportazione del tratto o dotto tireoglosso	
	0689	Altra paratiroidectomia	
	0698	Altri interventi sulla tiroide	
Tiroidectomia completa	064	Tiroidectomia completa	V
Paratiroidectomia completa	0681	Paratiroidectomia completa	IV
Tiroidectomia retrosternale (completa o parziale)	0651	Tiroidectomia retrosternale parziale	V
	0652	Tiroidectomia retrosternale completa	
Surrenectomia monolaterale o parziale e altri interventi sul surrene	0722	Surrenectomia monolaterale	V
	0729	Altra surrenectomia parziale	
	0741	Incisione delle ghiandole surrenali	
	0742	Sezione di nervi afferenti alle ghiandole surrenaliche	
	0743	Legatura di vasi delle ghiandole surrenali	
	0744	Riparazione delle ghiandole surrenali	
	0745	Reimpianto delle ghiandole surrenali	
	0749	Altri interventi su nervi, vasi e ghiandole surrenali	
Surrenectomia bilaterale	073	Surrenectomia bilaterale	V

Interventi sul sistema endocrino (06-07)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi su ghiandola pineale ed ipofisi	0754	Asportazione della ghiandola pineale	V
	0761	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-frontale	
	0762	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-sfenoidale	
	0763	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via non specificata	
	0764	Asportazione totale dell'ipofisi per via trans-frontale	
	0765	Asportazione totale dell'ipofisi per via trans-sfenoidale	
	0768	Asportazione totale dell'ipofisi, per altra via specificata	
	0769	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi sul timo	0782	Asportazione totale del timo	IV
	0793	Riparazione del timo	

Interventi sull'occhio (08-16)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sulla palpebra, correzioni ed asportazioni di lesioni	0820		I
	0822	Asportazione di altra piccola lesione della palpebra	
	0823	Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore	
Asportazione di calazio e blefarorrafia	0821	Asportazione di calazio	I
Asportazione di lesione, a tutto spessore, entropion\ectropion, blefaroptosi	0824	Asportazione di lesione estesa della palpebra, a tutto spessore	II
	0833	Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua aponeurosi	
	0836	Correzione di blefaroptosi con altre tecniche	
	0843	Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme	
	0849	Altra riparazione di entropion o ectropion	
Specillazione di vie lacrimali	0943	Specillazione del dotto naso-lacrimale	I
	0942	Specillazione dei canalicoli lacrimali	
Interventi sulle vie lacrimali	0923	Dacrioadenectomia totale	II
	0944	Intubazione del dotto naso-lacrimale	
	0959	Altra incisione delle vie lacrimali	
	096	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali	
	0981	Dacriocistorinostomia	
	0999	Altri interventi sull'apparato lacrimale	
Interventi sulla congiuntiva	1031	Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva	
	1049	Altra congiuntivo plastica	
Interventi sulla cornea e rimozione di corpi estranei	1149	Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea	I
Asportazione o trasposizione pterigium, riparazione della cornea	1131	Trasposizione dello pterygium	I
	1139	Altra asportazione dello pterygium	
	1151	Sutura di ferita corneale	
	1159	Altra riparazione della cornea	
Trapianto corneale e cheratoplastica	1160	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato	III
	1164	Altra cheratoplastica perforante omologa	
Rimozione corpo estraneo anteriore, iridotomia, iridectomia	1200	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI	II
	1212	Altra iridotomia	
	1214	Altra iridectomia	
Iridoplastica,goniopuntura, goniotomia, trabeculectomia, fistolizzazione della sclera	1239	Altra iridoplastica	I
	1259	Altri interventi per facilitare la circolazione intraoculare	
	1264	Trabeculectomia ab externo	
	1169	Altri interventi di fistolizzazione della sclera	
Ciclodiatermia e ciclocrioterapia	1271	Ciclodiatermia	I
	1272	Ciclocrioterapia	
Altri interventi sulla sclera	1273	Ciclofotocoagulazione	II
	1279	Altri interventi per glaucoma	
	1289	Altri interventi sulla sclera	
	1441	Piombaggio sclerale con impianto	
	1449	Altre indentazioni sclerali	
Altri interventi sull'iride, sul corpo ciliare e sulla camera anteriore	129	Altri interventi sull'iride, sul corpo ciliare e sulla camera anteriore	III

Interventi sull'occhio (08-16)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sul cristallino, comprensivi di asportazione di corpo estraneo con impianto di cristallino, capsulotomia, rimozione cristallino impiantato	1300	Rimozione di corpo estraneo dal cristallino, SAI	III
	1319	Altra estrazione intracapsulare del cristallino	
	132	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare	
	133	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)	
	1341	Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta	
	1342	Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana	
	1343	Facoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta	
	1351	Estrazione extracapsulare del cristallino	
	1359	Altra estrazione extracapsulare del cristallino	
	1370	Inserzione di cristallino artificiale, SAI	
	139	Altri interventi sul cristallino	
	1364	Capsulotomia con YAG-laser dopo estrazione di cataratta	
	1371	Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea	
	1372	Impianto secondario di cristallino artificiale	
	138	Rimozione di cristallino impiantato	
Fotocoagulazione della retina	1424	Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser	I
	1434	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)	
Interventi sulla retina e sulle sue componenti anatomiche comprensivi di interventi sulla camera posteriore	1429	Altro trattamento di lesione corioretinica	II
	1454	Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione laser	
	1459	Altra riparazione di distacco retinico	
	146	Rimozione dal segmento posteriore dell'occhio di materiale impiantato chirurgicamente	
Altri interventi sul corpo vitreo, retina e camera posteriore	1471	Vitrectomia per via anteriore (limbare)	III
	1472	Altra rimozione del corpo vitreo	
	1474	Altra vitrectomia meccanica	
	1479	Altri interventi sul corpo vitreo	
Altri interventi su retina, coroide e camera posteriore	149	Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore	II
Interventi sulle strutture muscolo tendinee dell'occhio	1511	Arretramento di un muscolo extraoculare	II
	1513	Resezione di un muscolo extraoculare	
	153	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi	
Orbitotomia	1601	Orbitotomia con lembo osseo	IV
Eviscerazione e rimozione di contenuti del bulbo oculare	163	Eviscerazione del bulbo oculare	II
Enucleazione ed altre procedure interventistiche correlate ad enucleazione del bulbo	1659	Altra eviscerazione dei contenuti dell'orbita	III
Interventi correlati a precedenti interventi sul bulbo oculare	1669	Altri interventi secondari dopo rimozione di bulbo oculare	II
Interventi di riparazione di lesioni del bulbo oculare e dell'orbita	1689	Altra riparazione di lesione del bulbo oculare o dell'orbita	II
Altri interventi sull'orbita	1698	Altri interventi sull'orbita	II

Interventi sull'orecchio (18-20)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione lesione orecchio esterno, incisione ed altri piccoli interventi sull'orecchio esterno	1829	Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno	I
Ricostruzione canale uditivo e padiglione auricolare	1871	Ricostruzione di padiglione auricolare	IV
Stapedectomia, miringoplastica, timpanoplastica	1911	Stapedectomia con sostituzione dell'incudine	IV
	1919	Altra stapedectomia	
	194	Miringoplastica	
	1952	Timpanoplastica di tipo II	
	1953	Timpanoplastica di tipo III	
	1954	Timpanoplastica di tipo IV	
	196	Revisione di timpanoplastica	
Miringotomia e	2001	Miringotomia con inserzione di tubo	I

Interventi sull'orecchio (18-20)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
mobilizzazione della staffa	2009	Altra miringotomia	
Mastoidectomia, altri interventi sull'orecchio medio	193	Altri interventi sulla catena degli ossicini	III
	2021	Incisione della mastoide	
	2041	Mastoidectomia semplice	
	2042	Mastoidectomia radicale	
	2049	Altra mastoidectomia	
	2091	Timpanosimpatectomia	
	2092	Revisione di mastoidectomia	
Interventi sull'orecchio interno	207	Incisione, asportazione e demolizione dell'orecchio interno	IV
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	2098	Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, canale multiplo	III

Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sul naso \ riduzione frattura nasale	2130	Asportazione o demolizione di lesione del naso, SAI	II
	2171	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto	
	2172	Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto	
Altri interventi sul naso	2161	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia	I
	2162	Frattura dei turbinati	
	2169	Altra turbinectomia	
Interventi sui seni nasali e mascellari	222	Antrotomia intranasale	III
	2231	Antrotomia mascellare radicale	
	2261	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	
	2262	Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio	
	2263	Etmoidectomia	
	2264	Sfenoidectomia	
Glossectomia \ glossoplastica	251	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della lingua	II
	252	Glossectomia parziale	
	2559	Altri interventi di riparazione e plastica sulla lingua	
	259	Altri interventi sulla lingua	
Interventi sulle ghiandole salivari	2629	Altra asportazione di lesione di ghiandola salivare	II
	2630	Scialoadenectomia, SAI	
	2631	Scialoadenectomia parziale	
	2632	Scialoadenectomia completa	
	2699	Altri interventi su ghiandole o dotti salivari	
Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca	270	Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca	I
Interventi di sutura o incisione sulle strutture del cavo orale	2761	Sutura di lacerazione del palato	I
	2791	Frenulotomia labiale	
Interventi sul palato\altri interventi sulla bocca	2731	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del palato osseo	II
	2742	Ampia asportazione di lesione del labbro	
	2743	Altra asportazione di lesione o tessuto del labbro	
	2749	Altra asportazione della bocca	
	2759	Altra riparazione plastica della bocca	
Interventi sull'ugola	2779	Altri interventi sull'ugola	I
Altri interventi su tonsille ed adenoidi	280	Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari	I
Tonsillectomie ed adenoidectomie	282	Tonsillectomia senza adenoidectomia	II
	283	Tonsillectomia con adenoidectomia	
	286	Adenoidectomia senza tonsillectomia	
Interventi sul faringe	292	Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale	IV
	2939	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe	

Interventi sul sistema respiratorio (30-34)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazioni di lesioni della laringe, laringectomie pariziali	3009	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe	III
	3029	Altra laringectomia parziale	

Interventi sul sistema respiratorio (30-34)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione di cisti laringea \lisi di aderenze della trachea o laringe	3001	Marsupializzazione di cisti laringea	III
	3192	Lisi di aderenze della trachea o della laringe	
Cordectomie, epiglottidectomie	3021	Epiglottidectomia	III
	3022	Cordectomia	
Laringectomia totale	303	Laringectomia completa	V
	304	Laringectomia radicale	
Tracheostomia	311	Tracheostomia temporanea	II
	3121	Tracheostomia mediastinica	
	3129	Altra tracheostomia permanente	
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	315	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea	V
Laringorrafia	3161	Sutura di lacerazione della laringe	II
	3169	Altra riparazione della laringe	
Tracheorrafia / chiusura di tracheostoma / plastiche tracheali	3171	Sutura di lacerazione della trachea	II
	3172	Chiusura di fistola esterna della trachea	
	3173	Chiusura di altra fistola della trachea	
	3179	Altri interventi di riparazione e di plastica sulla trachea	
Resezione del nervo laringeo, fistolizzazione tracheoesofagea, altri interventi sulla laringe	3199	Altri interventi sulla trachea	III
	3191	Resezione del nervo laringeo	
	3195	Fistolizzazione tracheoesofagea	
	3198	Altri interventi sulla laringe	
Sostituzione di stent laringeo o tracheale	3193	Sostituzione di stent laringeo o tracheale	III
Plicatura di bolle enfisematose	3221	Plicatura di bolle enfisematose	III
Resezioni del polmone e asportazione di lesione dei bronchi o dei polmoni	3209	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi	V
	3229	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone	
	323	Resezione segmentale del polmone	
Lobectomia polmonare	324	Lobectomia del polmone	V
Pneumonectomia	325	Pneumonectomia completa	V
	329	Altra asportazione del polmone	
Asportazione e demolizione endoscopica bronchiale o polmonare	3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi	I
	3228	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone	
Collassamento chirurgico del polmone	3339	Altro collassamento chirurgico del polmone	I
Toracoplastica	3334	Toracoplastica	III
Riparazione e plastica bronchiale	3348	Altri interventi di riparazione e plastica sui bronchi	IV
	3398	Altri interventi sui bronchi	
Trapianto di polmone	335	Trapianto di polmone	VII
Trapianto del blocco cuore polmone	336	Trapianto combinato cuore-polmone	VII
Toracotomia	3402	Toracotomia esplorativa	III
	3409	Altra incisione della pleura	
Incisione/asportazione del mediastino	343	Asportazione o demolizione di lesione e tessuto del mediastino	V
Toracectomia	344	Asportazione o demolizione di lesione della parete toracica	III
Decorticazione del polmone e pleurica	3451	Decorticazione del polmone	III
	3459	Altra asportazione della pleura	
Riparazione o plastica di parete toracica	3471	Sutura di lacerazione della parete toracica	III
	3473	Chiusura di altra fistola del torace	
	3479	Altra riparazione della parete toracica	
	3499	Altri interventi sul torace	
Riparazione del diaframma	3481	Asportazione di lesione o tessuto del diaframma	V
	3483	Chiusura di fistola del diaframma	
	3485	Impianto di pace-maker nel diaframma	
	3489	Altri interventi sul diaframma	
Toracentesi	3491	Toracentesi	I

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Valvulotomia a cuore chiuso	350	Valvulotomia a cuore chiuso	V

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Valvuloplastica a cuore aperto, sostituzione di valvola cardiaca	3510	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	IV
	3512	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	
	3520	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata	
	3521	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	
	3522	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	
	3523	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	
	3524	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	
	353	Interventi su strutture adiacenti le valvole cardiache	
Altri interventi su valvole e setti del cuore	3596	Valvuloplastica percutanea	IV
Angioplastica coronarica e/o aterectomia coronarica singola e/o multipla con o senza stent	3602	Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o arterectomia coronarica con menzione di agente trombolitico	III
	3605	Angioplastica coronarica percutanea transluminale su vaso multiplo [PTCA] o aterectomia coronarica eseguita durante lo stesso intervento, con o senza menzione di agente trombolitico	
	3606	Inserzione di stent nell'arteria coronarica	
Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica, rivascolarizzazione cardiaca, altri interventi sui vasi del cuore	3610	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI	V
	3611	Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica	
	3619	Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca	
	369	Altri interventi sui vasi del cuore	
Bypass aortocoronarico di più arterie coronariche	3612	Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche	VI
	3613	Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche	
	3614	Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche	
	3615	Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica	
	3616	Bypass doppio mammaria interna-arteria coronarica	
Pericardiocentesi	370	Periocardiocentesi	I
Cardiotomia e pericardiotomia	3711	Cardiotomia	II
	3712	Pericardiotomia	
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	3731	Pericardiectomia	V
	3734	Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore	
	374	Riparazione del cuore e pericardio	
Trapianto di cuore	375	Trapianto di cuore	VII
Impianto / sostituzione di sistemi di circolazione assistita	3762	Impianto di altri sistemi di circolazione assistita	V
	3763	Sostituzione e riparazione di sistemi di circolazione assistita	
Inserzione di pace-maker temporaneo e/o permanente, iniziale o di sostituzione	3771	Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo	III
	3772	Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio o nel ventricolo	
	3778	Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo	
	3779	Revisione o riposizionamento di tasca di pace-maker	
	3780	Inserzione di pace-maker permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato	
	3781	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta	
	3782	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta	
	3783	Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo	
	3785	Sostituzione di un qualsiasi pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta	
	3786	Sostituzione di qualsiasi pace-maker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta	
	3787	Sostituzione di qualsiasi pace-maker con camera doppia	
Impianto o sostituzione di defibrillatore	3794	Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]	III
	3798	Sostituzione del solo generatore di impulsi del defibrillatore automatico	
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	3802	Incisione di altri vasi del capo e del collo	V
	3803	Incisione di altri vasi dell'arto superiore	
	3808	Incisione di arterie dell'arto inferiore	
	3809	Incisione di vene dell'arto inferiore	

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	3832	Resezione di altri vasi del capo e collo con anastomosi	V
	3833	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	
	3838	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	
	3842	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	
	3843	Resezione di vasi dell'arto superiore con sostituzione	
	3848	Resezione di arterie dell'arto inferiore con sostituzione	
Incisione \resezione di vasi intracranici	3801	Incisione di vasi intracranici	VI
	3831	Resezione di vasi intracranici con anastomosi	
	3841	Resezione di vasi intracranici con sostituzione	
Incisione \resezione di aorta o vasi toracici e addominali	3804	Incisione dell'aorta	VI
	3805	Incisione di altri vasi toracici	
	3806	Incisione di arterie addominali	
	3807	Incisione di vene addominali	
	3844	Resezione dell'aorta, addominale con sostituzione	
	3845	Resezione di altri vasi toracici con sostituzione	
Endoarteriectomia	3812	Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo	IV
	3818	Endoarteriectomia delle arterie dell'arto inferiore	
Legatura e stripping di vene varicose	3850	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata	II
	3859	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore	
Legatura di vene varicose Intracraniche	3851	Legatura di vene varicose intracraniche	III
Legatura di vene varicose toraciche e addominali	3855	Legatura di vene varicose toraciche	III
	3857	Legatura di vene varicose addominali	
Asportazione di arterie e/o vene su collo o arti	3862	Altra asportazione di altri vasi del capo e del collo	III
	3869	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore	
Asportazione di arterie e/o vene su toracici e addominali	3864	Altra asportazione dell'aorta, addominale	VI
	3865	Altra asportazione di altri vasi toracici	
Occlusione chirurgica di arterie e/o vene intracraniche o del collo o del torace o dell'addome o degli arti	387	Interruzione della vena cava	III
	388	Altra occlusione chirurgica di vasi	
Anastomosi o by-pass vascolari non coronarici	390	Anastomosi arterioso sistemico polmonare	IV
	391	Anastomosi venosa intraaddominale	
	3925	Bypass aorto-iliaco-femorale	
	3929	Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)	
By pass vascolare extra-intracranico	3928	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)	V
Sutura di vasi e/o arterie, rimozione o revisione di anastomosi artero-venose	3927	Arteriovenostomia per dialisi renale	I
	3931	Sutura di arteria	
	3932	Sutura di vena	
	3942	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale	
	3943	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale	
	3949	Altra revisione di interventi vascolari	
Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	3950	Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	IV
Intervento di dissezione dell'aorta	3954	Intervento di dissezione dell'aorta	VI
Riparazione di vaso sanguigno con patch qualsiasi tipo	3951	Clipping di aneurismi	II
	3952	Altra riparazione di aneurismi	
	3953	Riparazione di fistola arteriovenosa	
	3957	Riparazione di vaso sanguigno con patch sintetico	
	3959	Altra riparazione di vasi	
By-pass cardiopolmonare percutaneo e ECMO	3965	Ossigenazione extracorporea delle membrane [ECMO]	V
	3966	Bypass cardiopolmonare percutaneo	
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	398	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari	III
Inserzione di stent su arteria non coronaria	3990	Inserzione di stent su arteria non coronaria	III
Inserzione e/o sostituzione di cannule intervasali o sbrigliamento di vasi	3991	Sbrigliamento dei vasi	I

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altri interventi sui vasi	3999	Altri interventi sui vasi	I

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esofagostomia	420	Esofagotomia	VI
	421	Esofagostomia	
Asportazione locale di lesione o tessuto dell'esofago (escluso endoscopiche)	423	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'esofago	IV
Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto esofageo	4233	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo	I
Esofagectomia totale	4242	Esofagectomia totale	VII
	4240	Esofagectomia, SAI	
	4241	Esofagectomia parziale	
	425	Anastomosi intratoracica dell'esofago	
	426	Anastomosi presternale dell'esofago	
	427	Esofagomiotomia	
	428	Altra riparazione dell'esofago	
Legatura di varici esofagee e/o dilatazione esofago	4291	Legatura di varici esofagee	I
	4292	Dilatazione dell'esofago	
Gastrotomia e Gastrostomia percutanea	430	Gastrotomia	II
	4311	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]	
Asportazione/demolizione di tessuto dello stomaco	434	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco	V
Gastrectomia parziale	437	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale	VI
	4381	Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale	
	4389	Altra gastrectomia parziale	
Gastrectomia totale	4391	Gastrectomia totale con interposizione intestinale	VI
	4399	Altra gastrectomia totale	
Vagotomia (qualsiasi metodica)	440	Vagotomia	IV
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	442	Piloroplastica	IV
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	4439	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia	IV
	4441	Sutura di ulcera gastrica	
	4442	Sutura di ulcera duodenale	
Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	4443	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	I
Gastroplastica	4465	Esofagogastroplastica	V
	4466	Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico	
Inserzione/rimozione di bolla gastrica (palloncino)	4493	Inserzione di bolla gastrica (palloncino)	III
	4494	Rimozione di bolla gastrica (palloncino)	
Incisione dell'intestino	4500	Incisione dell'intestino, SAI	I
Asportazione o demolizione endoscopica dell'intestino tenue o del crasso	4542	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	I
	4543	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso	
Asportazione o demolizione locale dell'intestino tenue	4531	Asportazione locale di lesione del duodeno	IV
	4562	Altra resezione parziale dell'intestino tenue	
Asportazione o demolizione locale dell'intestino crasso\ isolamento di segmento intestinale	454	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso	V
	455	Isolamento di segmento intestinale	
Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue e rimozione totale dell'intestino tenue	4561	Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue	IV
	4563	Rimozione totale dell'intestino tenue	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
Emicolectomia/ colectomia o colectomie segmentarie	4572	Resezione del cieco	VI
	4573	Emicolectomia destra	
	4574	Resezione del colon trasverso	
	4576	Sigmoidectomia	
	4579	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso	
	458	Colectomia totale intraaddominale	
Anastomosi e/o esteriorizzazioni intestinali	4591	Anastomosi intestinale tenue-tenue	III
	4593	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso	
	4594	Anastomosi intestinale crasso-crasso	
	460	Esteriorizzazione dell'intestino	
Colostomia e/o ileostomia	4610	Colostomia, SAI	III
	4611	Colostomia temporanea	
	4613	Colostomia permanente	
	462	Ileostomia	
	463	Altra enterostomia	
Revisione di orifizio intestinale artificiale, fissazione di intestino alla parete addominale, altri interventi sull'intestino	464	Revisione di orifizio intestinale artificiale	IV
	4651	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino tenue	
	4652	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino crasso	
	466	Fissazione dell'intestino	
	467	Altra riparazione dell'intestino	
	4685	Dilatazione dell'intestino	
	469	Altri interventi sull'intestino	
Appendicectomia e/o interventi sull'appendice	4701	Appendectomia laparoscopica	III
	4709	Altra appendectomia	
	4799	Altri interventi sull'appendice	
Proctotomia	480	Proctotomia	I
Asportazione locale di lesione o tessuto del retto, polipectomia endoscopica	4835	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto	I
	4836	Polipectomia [endoscopica] del retto	
Resezioni del retto	484	Resezione del retto con pull-through	VI
	485	Resezione del retto per via addominoperineale	
	4862	Resezione anteriore del retto con contemporanea coiostomia	
	4863	Altra resezione anteriore del retto	
	4869	Altra resezione del retto	
Riparazione del retto e/o proctopessi	4874	Retto-rettostomia	III
	4876	Altra proctopessi	
	4879	Altra riparazione del retto	
	488	Incisione ed asportazione di lesione o tessuto perirettale	
	489	Altri interventi sul retto e sui tessuti perirettali	
Incisione di ascesso, fistola perianale	4901	Incisione di ascesso perianale	II
	4904	Altra asportazione di tessuti perianali	
	4911	Fistulotomia anale	
	4912	Fistulectomia anale	
Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano	4939	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano	I
Interventi su emorroidi	4945	Legatura delle emorroidi	II
	4946	Asportazione delle emorroidi	
	4947	Rimozione di emorroidi trombizzate	
	4949	Altri interventi sulle emorroidi	
Sfinterotomia anale, riparazione dell'ano, riduzione prolasso anale	495	Sfinterotomia	II
	496	Asportazione dell'ano	
	497	Riparazione dell'ano	
	4994	Riduzione di prolasso anale	
	4999	Altri interventi sull'ano	
Epatectomia parziale e/o lobectomia del fegato	5022	Epatectomia parziale	IV
	5029	Altra demolizione di lesione del fegato	
	503	Lobectomia del fegato	
Trapianto di fegato	5059	Altro trapianto del fegato	VII

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Riparazione di fegato	506	Riparazione del fegato	IV
	5091	Aspirazione percutanea del fegato	
	5099	Altri interventi sul fegato	
Colecistotomia e colecistostomia	510	Colecistotomia e colecistostomia	IV
Colecistectomia (compresa colangiografia intraoperatoria)	5122	Colecistectomia	III
	5123	Colecistectomia laparoscopica	
Anastomosi della colecisti o del dotto biliare	5131	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	V
	5137	Anastomosi fra dotto epatico e intestino	
	5139	Altra anastomosi del dotto biliare	
Incisione del dotto biliare, del tratto biliare e sulle vie biliari	514	Incisione del dotto biliare per rimozione di occlusione	II
	515	Altra incisione del dotto biliare	
	516	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del dotto biliare e dello sfintere di Oddi	
	517	Riparazioni dei dotti biliari	
	5185	Sfinterotomia e papillotomia endoscopica	
	5188	Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare	
	5198	Altri interventi percutanei sul tratto biliare	
	5199	Altri interventi sulle vie biliari	
Sfinterotomia e sfinteroplastica pancreatica	5182	Sfinterotomia pancreatica Incisione dello sfintere pancreatico	III
Interventi su cisti pancreatica ed altri interventi sul pancreas	522	Asportazione o demolizione locale del pancreas e del dotto pancreatico	IV
	523	Marsupializzazione di cisti pancreatica	
	524	Drenaggio interno di cisti pancreatica	
	529	Altri interventi sul pancreas	
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	5251	Pancreatectomia prossimale	VI
	5252	Pancreatectomia distale	
	527	Pancreaticoduodenectomia radicale	
Trapianto di pancreas	5280	Trapianto del pancreas, SAI	VII
	5282	Trapianto omologo di pancreas	
	5283	Trapianto eterologo di pancreas	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) monolaterale	5300	Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI	III
	5301	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta	
	5302	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta	
	5303	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	
	5304	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) monolaterale	5305	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	III
	5321	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	
	5329	Altra erniorrafia crurale monolaterale	
	5341	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	
	5349	Altra erniorrafia ombelicale	
	5359	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore	
	5369	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc .) bilaterale	5310	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI	IV
	5312	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta	
	5314	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	
	5315	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	
	5316	Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi	
	5317	Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	
	533	Riparazione bilaterale di ernia crurale	
Riparazione di ernia su incisione (laparocele)	5351	Riparazione di ernia su incisione	III
	5361	Riparazione di ernia su incisione con protesi	
Riparazione di ernia diaframmatica, altra riparazione di ernia, incisione della parete addominale	537	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale	IV
	538	Riparazione di ernia diaframmatica, per via toracica	
	539	Altra riparazione di ernia	
Laparotomia	5411	Laparatomia esplorativa	II
	5412	Riapertura di laparotomia recente	
	5419	Altra laparotomia	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Lisi di aderenze peritoneali, riparazione parete addominale, dialisi peritoneale	540	Incisione della parete addominale	II
	543	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico	
	544	Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale	
	5451	Lisi laparoscopica di adesioni peritoneali	
	5459	Altre lisi di adesioni peritoneali	
	5461	Risutura di diastasi postoperatoria della parete addominale	
	5472	Altra riparazione della parete addominale	
	5493	Creazione di fistola cutaneoperitoneale	
	5498	Dialisi peritoneale	

Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Linfoadenectomia sede non descritta	400	Incisione di strutture linfatiche	I
	4029	Asportazione semplice di altre strutture linfa	
	403	Asportazione di linfonodi regionali	
	4059	Asportazione radicale di altri linfonodi	
	409	Altri interventi sulle strutture linfatiche	
Linfoadenectomia, latero-cervicale o sovraclaveare monolaterale	4021	Asportazione di linfonodi cervicali profondi	III
	4041	Dissezione radicale del collo, monolaterale	
Linfoadenectomia sovraclaveare bilaterale	4042	Dissezione radicale del collo, bilaterale	II
Linfoadenectomia mammaria interna	4022	Asportazione di linfonodi mammari interni	III
Linfoadenectomia ascellare	4023	Asportazione di linfonodi ascellari	III
	4051	Asportazione radicale dei linfonodi ascellari	
Linfoadenectomia inguinale	4024	Asportazione di linfonodi inguinali	II
	4054	Dissezione radicale della regione inguinale	
Linfoadenectomia lombo aortica pelvica	4052	Asportazione radicale dei linfonodi periaortici	III
	4053	Asportazione radicale dei linfonodi iliaci	
Interventi sul dotto toracico	4069	Altri interventi sul dotto toracico	III
Trapianto di midollo osseo	4101	Trapianto di midollo osseo autologo	III
	4103	Trapianto di midollo osseo allogenico senza purging	
	4104	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche	
Interventi chirurgici sulla milza	412	Splenotomia	IV
	4143	Splenectomia parziale	
	415	Splenectomia totale	
	4199	Altri interventi sulla milza	

Interventi sull'apparato urinario (55-59)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Nefrotomie e/o nefrostomia	5501	Nefrotomia	III
	5502	Nefrostomia chirurgica	
Nefrostomia percutanea	5503	Nefrostomia percutanea senza frammentazione	II
	5504	Nefrostomia percutanea con frammentazione	
Pielectomia o pielolitotomia	5511	Pielectomia o pielolitotomia	III
Nefrectomia parziale	5539	Altra asportazione di lesione di parenchima renale	V
	554	Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)	
Nefrectomia totale	5551	Nefroureterectomia	VI
Trapianto renale	5569	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)	VII
Riparazione e/o chiusura di fistola/stomia renale	557	Nefropessia	IV
	5587	Pieloplastiche	
	5591	Decapsulazione renale	
Aspirazione renale, sostituzione di drenaggio nefrostomico	5592	Aspirazione percutanea renale	I
	5593	Sostituzione di drenaggio nefrostomico	

Interventi sull'apparato urinario (55-59)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Estrazione endoscopica, dall'uretere e pelvi renale papillotomia o meatotomia, ureterotomia endoscopica	560	Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo	I
	561	Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non)	
	5681	Ureterotomia endoscopica	
Ureterectomia	564	Ureterectomia	IV
Ureterostomia	565	Uretero-ileostomia cutanea	V
	566	Altre derivazioni urinarie	
	5674	Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale	
	5679	Altra anastomosi o bypass dell'uretere	
Ureterotomia, riparazione di lesioni ureterali	562	Ureterotomia	II
	5689	Altra riparazione dell'uretere	
Impianto o sostituzione di stimolatore ureterale, altri interventi sull'uretere	5692	Impianto di stimolatore ureterale	II
	5699	Altri interventi sull'uretere	
Cistotomia, cistostomia, vescicostomia	5717	Cistostomia percutanea	I
	5719	Altra cistotomia	
	572	Vescicostomia	
Resezione vescicale trans uretrale	574	Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	III
Cistectomia parziale o radicale	576	Cistectomia parziale	VI
	5771	Cistectomia radicale	
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	5784	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	V
Ricostruzioni e plastiche vescicali	5788	Altre ricostruzioni vescicali	IV
	5789	Altra chirurgia plastica vescicale Sospensione vescicale	
Sfinterotomia vescicale e altri interventi vescicali	5791	Sfinterotomia vescicale.	II
	5799	Altri interventi sulla vescica	
Impianto e rimozione di stimolatore vescicale	5796	Impianto di stimolatore vescicale elettrico	III
Uretrotomia, meatotomia, uretrotomia endoscopica	580	Uretrotomia	I
	581	Meatotomia uretrale	
	585	Uretrotomia endoscopica	
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'uretra	5831	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra	I
	5839	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra	
Riparazione di tessuto uretrale dell'uretra	5846	Altre ricostruzioni uretrali	IV
	5847	Meatoplastica uretrale	
	5849	Altra riparazione uretrale	
	586	Dilatazione uretrale	
Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali	5893	Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali	III
Interventi sul retroperitoneo e/o lisi di aderenze periviscerali	590	Interventi sul retroperitoneo	III
	591	Interventi sul tessuto perivescicale	
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	593	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria	III
	594	Sospensione uretrale sovrapubica con sling	
	595	Sospensione uretrale retropubica (Marshall)	
	596	Colposospensione parauretrale	
	5972	Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale	
	5979	Altra riparazione per incontinenza urinaria da stress	
Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail	5993	Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail	I
Litotrissia	5995	Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica	IV

Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE

Prostatectomia transuretrale	6021	Prostatectomia transuretrale guidata (con ultrasuoni) mediante laser (TULIP)	IV
	6029	Altra prostatectomia transuretrale	
Adenomectomia prostatica, (eccetto endoscopica)	603	Adenomectomia transvescicale	IV
	604	Adenomectomia retropubica	
Prostatectomia radicale	605	Prostatectomia radicale	VI
Interventi sulle vescicole seminali	607	Interventi sulle vescicole seminali	II
Altri interventi sulla prostata Drenaggio ascesso prostatico o riparazione prostata	609	Altri interventi sulla prostata	III
Interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale, asportazione di idrocele	612	Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)	II
	613	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale	
	614	Riparazione dello scroto e della tunica vaginale	
	6199	Altri interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale	
Orchiectomia mono\bilaterale	622	Asportazione o demolizione di lesione testicolare	II
	623	Orchiectomia monolaterale	
	624	Orchiectomia bilaterale	
Fissazione testicolare	625	Orchiopessi	II
Sutura lacerazione testicolo	6261	Sutura di lacerazione del testicolo	II
Inserimento protesi testicolare	627	Inserzione di protesi testicolare	I
Altri interventi sul testicolo	6291	Aspirazione del testicolo	I
Interventi sul cordone spermatico, sull'epididimo e sui dotti deferenti e/o asportazione cisti dell'epididimodi idrocele	631	Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico	III
	632	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele	
	633	Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo	
	634	Epididimectomia	
	6352	Derotazione del funicolo e del testicolo	
	638	Riparazione dei dotti deferenti e dell'epididimo	
Vasotomia e vasostomia o vasectomia	636	Vasotomia e vasostomia	II
	637	Vasectomia e legatura dei vasi deferenti	
Circoncisione	640	Circoncisione	II
Interventi demolitivi del pene	642	Asportazione o demolizione di lesione del pene	III

Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Insufflazione e dilatazione delle tube	668	Insufflazione sulle tube	II
	6696	Dilatazione delle tube	
Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto ovarico, compresa ovariotomia e altri interventi sull'ovaio	650	Ovariotomia	IV
	6522	Resezione cuneiforme dell'ovaio	
	6523	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica	
	6524	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica	
	6525	Altra asportazione laparoscopica locale o distruzione dell'ovaio	
	6529	Altra asportazione o demolizione locale dell'ovaio	
	657	Riparazione dell'ovaio	
	6591	Aspirazione dell'ovaio	
	6599	Altri interventi sull'ovaio	
Annessiectomia monolaterale	6531	Ovariotomia laparoscopica monolaterale	III
	6539	Altra ovariotomia monolaterale	
Salpingo-annessiectomia monolaterale	6541	Salpingo-ovariectomia laparoscopica monolaterale	III
	6549	Altra salpingo-ovariectomia monolaterale	
Annessiectomia bilaterale	655	Ovariectomia bilaterale	III
Salpingo-annessiectomia bilaterale	6561	Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento	IV
	6563	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento	
Lisi di aderenze salpingo-tubariche\ Salpingotomia e salpingostomia	6581	Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube	III
	660	Salpingotomia e salpingostomia	
Demolizioni o occlusione bilaterale delle tube, anche per via endoscopica	6621	Legatura e clampaggio endoscopico bilaterale delle tube	III
	6622	Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube	
	6629	Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube	

Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Salpingectomia e altri interventi delle tube	664	Salpingectomia totale monolaterale	III
	665	Salpingectomia totale bilateral	
	669	Altri interventi delle tube	
Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica	6662	Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica	II
Salpingoplastica	6576	Plastica salpingo-ovarica laparoscopica	III
Dilatazione canale cervicale	670	Dilatazione del canale cervicale	I
Conizzazione cervice uterina	672	Conizzazione della cervice	II
Riparazione e/o demolizione di tessuto cervicale, asportazione della cervice	6739	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice	II
	6761	Sutura di lacerazione della cervice	
	6762	Riparazione di fistola della cervice	
	6732	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione	
	674	Asportazione della cervice	
Cerchiaggio cervicale	675	Riparazione di ostio cervicale interno	I
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto uterino	6821	Divisione di sinechie endometriali	II
	6823	Ablazione dell'endometrio	
	6829	Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero	
	6999	Altri interventi sulla cervice e sull'utero	
Isterectomia addominale subtotale	683	Isterectomia addominale subtotale	III
Isterectomia totale	684	Isterectomia addominale totale	IV
	6851	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (LAVH)	
	6859	Altra isterectomia vaginale	
	689	Altra e non specificata isterectomia	
Isterectomia radicale	686	Isterectomia addominale radicale	V
	687	Isterectomia vaginale radicale	
Eviscerazione pelvica	688	Eviscerazione pelvica	VI
Dilatazione /raschiamento uterino	6909	Altra dilatazione o raschiamento dell'utero	II
	691	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'utero e delle strutture di sostegno	
	6959	Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione	
Riparazione dell'utero e/o delle strutture di sostegno dell'utero	692	Riparazione delle strutture di sostegno dell'utero	III
	693	Denervazione uterina paracervicale	
	694	Riparazione uterina	
Rimozione dalla cervice di corpo estraneo	6997	Rimozione dalla cervice di corpo estraneo	II
Incisione vagina e cul-de-sac	700	Culdocentesi	II
	701	Incisione della vagina e del cul-de-sac	
Asportazione o demolizione locale della vagina e del cul-de-sac	7032	Asportazione o demolizione di lesione del cul de sac	V
	7033	Asportazione o demolizione di lesione della vagina	
Obliterazione ed asportazione totale della vagina	704	Obliterazione ed asportazione totale della vagina	VI
Riparazione di cistocele e rettocele	7050	Riparazione di cistocele e rettocele	II
	7051	Riparazione di cistocele	
	7052	Riparazione di rettocele	
Ricostruzione e riparazione della vagina e del cul-de-sac	7062	Ricostruzione della vagina	IV
	7071	Sutura di lacerazione della vagina	
	7077	Sospensione e fissazione della vagina	
	7079	Altra riparazione della vagina	
Asportazione o altra demolizione della ghiandola del Bartolino	7122	Incisione di cisti della ghiandola del Bartolino	II
	7123	Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolino	
	7124	Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolino	
Vulvectomia	715	Vulvectomia radicale	III
	7161	Vulvectomia monolaterale	
	7162	Vulvectomia bilaterale	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Mandibolectomie, innesti ossei facciali	7631	Mandibolectomia parziale	VI
	7641	Mandibolectomia totale con ricostruzione contemporanea	
	7691	Innesto osseo su ossa facciali	
Altri interventi sulle ossa e sulle articolazioni della faccia	7609	Altra incisione di osso facciale	II
	762	Asportazione o demolizione locale di lesione delle ossa facciali	
	7639	Osteotomia parziale di altre ossa della faccia	
	7662	Osteoplastica aperta [osteotomia] del ramo ascendente della mandibola	
	7665	Osteoplastica segmentaria [osteotomia] della mascella	
	7666	Osteoplastica totale [osteotomia] della mascella	
	7672	Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare	
	7676	Riduzione aperta di frattura mandibolare	
	7679	Altra riduzione aperta di frattura facciale	
	7699	Altri interventi sulle ossa e articolazioni facciali	
Altre incisioni di ossa, resezioni ossee cuneiformi, asportazioni locali di ossa	771	Altra incisione dell'osso, osteotomia	III
	7721	Resezione cuneiforme della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	
	7723	Resezione cuneiforme del radio e dell'ulna	
	7727	Resezione cuneiforme della tibia e fibula	
	7728	Resezione cuneiforme del tarso e metatarso	
	7737	Altra sezione della tibia e fibula	
	7738	Altra sezione del tarso e metatarso	
	7760	Asportazione locale di lesione o tessuto osseo, sede non specificata	
Altre incisioni di ossa, resezioni ossee cuneiformi, asportazioni locali di ossa	7761	Asportazione locale di lesione o tessuto della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	III
	7764	Asportazione locale di lesione o tessuto ci carpo e metacarpo	
	7765	Asportazione locale di lesione o tessuto del femore	
	7767	Asportazione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula	
	7768	Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso	
	7769	Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali	
	7779	Prelievo di altre ossa per innesto	
	778	Altra osteotomia parziale	
Sequestrectomie, ostectomie	770	Sequestrectomia	IV
	779	Ostectomia totale	
Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso (alluce valgo)	7751	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso	III
	7753	Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli	
	7754	Asportazione o correzione di borsite	
	7759	Altra asportazione di borsite	
Innesto osseo (qualsiasi sede)	7800	Innesto osseo, sede non specificata	II
	7802	Innesto osseo dell'omero	
	7805	Innesto osseo del femore	
	7807	Innesto osseo della tibia e fibula	
	7809	Innesto osseo di altre ossa	
Applicazione di fissatore esterno	7812	Applicazione di fissatore esterno dell'omero	I
	7815	Applicazione di fissatore esterno del femore	
	7817	Applicazione di fissatore esterno di tibia e fibula	
	7813	Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna	
	7814	Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo	
	7819	Applicazione di fissatore esterno di altro osso	
Altri interventi di riparazione o plastica su osso	7841	Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	V
	7845	Altri interventi di riparazione o plastica sul femore	
	7848	Altri interventi di riparazione o plastica su tarso e metatarso	
	7849	Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa	
Fissazione interna senza riduzione di frattura	7858	Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura	IV
	7859	Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
Riduzione incruenta di frattura con fissatore interno	7911	Riduzione incruenta di frattura dell'omero, con fissazione interna	III
	7912	Riduzione incruenta di frattura di radio e ulna, con fissazione interna	
	7913	Riduzione incruenta di frattura di carpo e metacarpo, con fissazione interna	
	7914	Riduzione incruenta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna	
	7915	Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna	
	7916	Riduzione incruenta di frattura della tibia e della fibula, con fissazione interna	
	7917	Riduzione incruenta di frattura del tarso e metatarso, con fissazione interna	
	7918	Riduzione incruenta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna grandi segmenti	7926	Riduzione cruenta di frattura della tibia e della fibula senza fissazione interna	IV
	7931	Riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna	
	7934	Riduzione cruenta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna	
	7935	Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna	
	7936	Riduzione cruenta di frattura di tibia e fibula, con fissazione interna	
	7937	Riduzione cruenta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna	
	7938	Riduzione cruenta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna	
	7939	Riduzione cruenta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna medi segmenti	7930	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata	III
	7932	Riduzione cruenta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna	
	7933	Riduzione cruenta di frattura del carpo e metacarpo con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna piccoli segmenti	7959	Riduzione cruenta di epifisiolisi di altro osso specificato	II
Sbrigliamento di frattura esposta, interventi non specificati su lesione di tibia, fibula, tarso, metatarso	7996	Interventi non specificati su lesione della tibia e della fibula	I
Riduzione cruenta di lussazione	7981	Riduzione cruenta di lussazione della spalla	V
	7982	Riduzione cruenta di lussazione del gomito	
	7983	Riduzione cruenta di lussazione del polso	
	7987	Riduzione cruenta di lussazione della caviglia	
	7988	Riduzione cruenta di lussazione del piede e delle dita del piede	
Artrotomia anche per rimozione di protesi	8016	Altra artrotomia del ginocchio	II
Artroscopia	8021	Artroscopia della spalla	III
	8023	Artroscopia del polso	
	8026	Artroscopia del ginocchio	
	8027	Artroscopia della caviglia	
Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine, compresa correzione di metatarso varo	8044	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della mano e delle dita della mano	I
	8046	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del ginocchio	
Asportazione di disco intervertebrale	8050	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore	V
	8051	Asportazione di disco intervertebrale	
Chemionucleolisi	8052	Chemionucleolisi intervertebrale	III
Altra distruzione di disco intervertebrale	8059	Altra distruzione di disco intervertebrale	II
Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio, sinoviectomie del ginocchio, spalla, gomito, polso, caviglia, mano	806	Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio	III
	8076	Sinoviectomia del ginocchio	
	8073	Sinoviectomia del polso	
	8074	Sinoviectomia della mano e delle dita della mano	
	8077	Sinoviectomia della caviglia	
Altre asportazioni o demolizioni locali di lesioni delle articolazioni	8081	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla	IV
	8082	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del gomito	
	8083	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del polso	
	8086	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio	
	8096	Altra asportazione dell'articolazione del ginocchio	
Artrodesi dorsali, lombari e sacrali con approccio anteriore	8104	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	VII
	8106	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
Altre artrodesi vertebrali	8100	Artrodesi vertebrale, SAI	VI
	8105	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	
	8107	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	
	8108	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore	
	8109	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	
	8101	Artrodesi atlanto-epistrofea	
	8102	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	
	8103	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	
Artrodesi (mano, gomito, spalla, anca, ginocchio, caviglia e piede)	811	Artrodesi del piede e della caviglia	III
	812	Artrodesi di altra articolazione	
	8144	Stabilizzazione della rotula	
	8149	Altra riparazione della caviglia	
Riparazione / ricostruzione legamenti ginocchio	8142	Riparazione del ginocchio five-in-on	IV
	8143	Riparazione della triade del ginocchio	
Altra riparazione dei legamenti del ginocchio	8145	Altra riparazione dei legamenti crociati	III
	8146	Altra riparazione dei legamenti collaterali	
	8147	Altra riparazione del ginocchio	
Sostituzione e/o revisione di articolazioni (eccetto anca e spalla)	8154	Sostituzione totale del ginocchio	V
	8155	Revisione di sostituzione del ginocchio	
	8157	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce	
	8159	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove	
	8171	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea con impianto	
	8172	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	
	8174	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale con impianto	
	8175	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale senza impianto	
	8179	Altra riparazione della mano, delle dita e del polso	
Altri interventi sulle strutture articolari	8193	Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore	III
	8194	Sutura della capsula o del legamento della caviglia e del piede	
	8196	Altra riparazione articolare	
	8199	Altri interventi sulle strutture articolari	
Sostituzione totale e revisione di sostituzione dell'anca	8151	Sostituzione totale dell'anca	VI
	8153	Revisione di sostituzione dell'anca	
Sostituzione parziale dell'anca	8152	Sostituzione parziale dell'anca	IV
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	8180	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)	V
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	8181	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)	IV
Artroplastica	8188	Artroplastica e riparazione della spalla	V
Riparazione di lussazione della spalla comprensiva di acromioplastica	8182	Riparazione di lussazione ricorrente della spalla	IV
Altra riparazione spalla	8183	Altra riparazione della spalla	III
Riparazione cuffia dei rotatori	8363	Riparazione della cuffia dei rotatori	IV
Incisione delle fasce tendinee e dei tessuti molli della mano	8201	Esplorazione della fascia tendinea della mano	II
	8209	Altra incisione dei tessuti molli della mano	
Sezione di fascia o tessuto molle della mano	8212	Fasciotomia della mano Sezione di fascia della mano	II
	8219	Altra sezione di tessuto molle della mano	
Tenotomia, riparazione di dito a martello, tenoplastica, lisi di aderenze della mano, fasciotomia	8286	Altra tenoplastica della mano	II
	8291	Lisi di aderenze della mano Liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano	
	8301	Esplorazione della fascia tendinea	
	8309	Altra incisione dei tessuti molli	
	8311	Tenotomia dell'achilleo	
	8313	Altra tenotomia	
	8314	Fasciotomia	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione di tessuti molli o asportazione /sezione di lesione di muscoli, tendini e fasce della mano	8221	Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano	II
	8229	Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano	
	8231	Borsectomia della mano	
	8233	Altra tendinectomia della mano	
	8235	Altra fascectomia della mano	
	8239	Altra asportazione dei tessuti molli della mano	
Sutura di muscoli, tendini e fasce della mano	8242	Sutura differita dei tendini flessori della mano	I
	8243	Sutura differita di altri tendini della mano	
	8244	Altra sutura dei tendini flessori della mano	
	8245	Altra sutura di altri tendini della mano	
Trapianto di muscoli e tendini della mano, intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni o intervento di plastica sulla mano con innesto o impianto di muscolo o fascia muscolare. Trasferimento di dita,ad eccezione del pollice	8256	Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano	IV
	8257	Altra trasposizione di tendini della mano	
	8261	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	
	8272	Intervento di plastica sulla mano con innesto di muscolo o fascia muscolare	
	8281	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	
Altro intervento di plastica sulla mano	8279	Intervento di plastica sulla mano con altro innesto o impianto	II
Asportazione di lesione dei muscoli, tendini, fasce e borse o sutura di muscoli, tendini, fasce o ricostruzione e/o innesti di muscoli e tendini (esclusa mano)	8331	Asportazione di lesione delle fasce tendinee	III
	8332	Asportazione di lesione dei muscoli	
	8339	Asportazione di lesione di altri tessuti molli	
	8342	Altra tendinectomia	
	8349	Altra asportazione di tessuti molli	
	835	Borsectomia	
	8362	Sutura differita di tendini	
	8364	Altra sutura di tendini	
	8365	Altra sutura di muscoli o fasce Riparazione di diastasi dei retti	
	8373	Reinserzione di tendini	
	8375	Trasposizione o trapianto di tendini	
	8385	Altri cambiamenti di lunghezza di muscoli e tendini	
	8386	Plastica del quadricipite	
	8388	Altri interventi di plastica sui tendini	
	8391	Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse	
	8399	Altri interventi su muscoli, tendini, fasce e borse	
Amputazioni e/o disarticolazioni degli arti superiori o inferiori a vari livelli e revisione di moncone	8402	Amputazione e disarticolazione del pollice	V
	8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	
	8411	Amputazione di dita del piede	
	8412	Amputazione a livello del piede	
	8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	
	8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	
	843	Revisione del moncone di amputazione	
	8499	Altri interventi sull'apparato muscoloscheletrico	
Amputazioni e/o disarticolazioni dita mano	8401	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	II
Amputazione mano	8403	Amputazione a livello della mano	IV
Disarticolazione polso	8404	Disarticolazione del polso	IV
Reimpianto di arto o parti di esso	8422	Reimpianto di dita della mano	VI

Interventi sui tegumenti (85-86)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione locale di lesione della mammella, quadrantectomia, mastectomia subtotale	8520	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, SAI	IV
	8521	Asportazione locale di lesione della mammella	
	8522	Quadrantectomia della mammella	
	8523	Mastectomia subtotale	

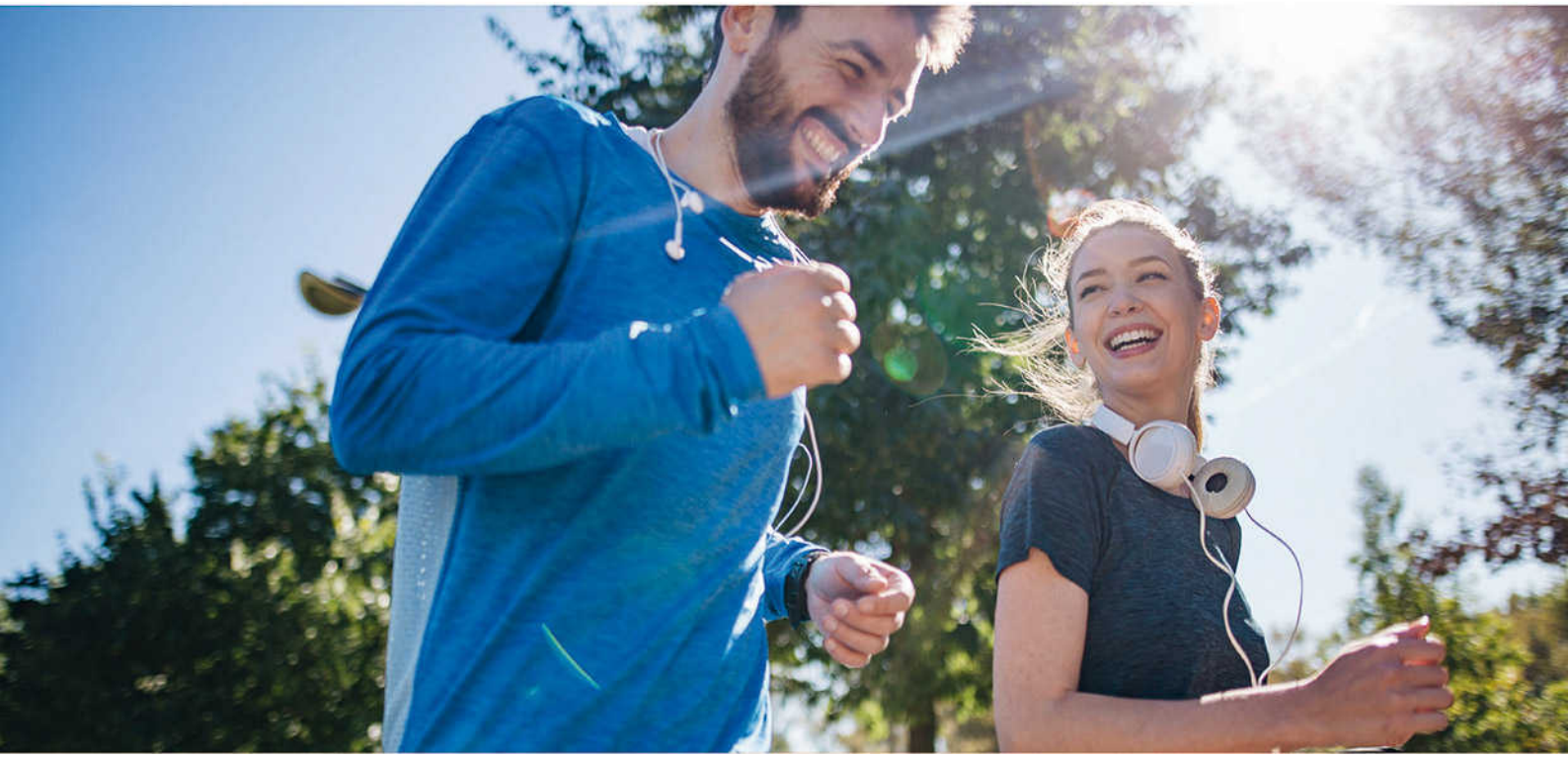
Interventi sui tegumenti (85-86)			
Tipo intervento	**ICD9**	**Nome intervento**	**CLASSE**
Mammectomia/ mammoplastica riduttiva mono/bilaterale	8531	Mammoplastica riduttiva monolaterale	III
	8532	Mammoplastica riduttiva bilaterale	
	8533	Mammectomia sottocutanea monolaterale con contemporaneo impianto di protesi	
	8534	Altra mammectomia sottocutanea monolaterale	
	8536	Altra mammectomia sottocutanea bilaterale	
Mastectomia semplice/radicale mono/bilaterale (compresa linfoadenectomia), compresa procedura allargata	854	Mastectomia	V
Impianto di protesi mono/bilaterale, (compresa rimozione espansore tessutale), ricostruzione totale della mammella	8553	Impianto di protesi monolaterale	IV
	8554	Impianto di protesi bilaterale	
	856	Mastopessi	
	857	Ricostruzione totale della mammella	
	8587	Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo	
Altri interventi sulla mammella	8591	Aspirazione della mammella	III
	8593	Revisione di protesi della mammella	
	8594	Rimozione di protesi della mammella	
	8595	Inserzione di espansore tessutale nella mammella	
	8596	Rimozione di espansore tessutale dalla mammella	
Interventi di incisione e/o asportazione di cute e sottocute	8604	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo	I
	8605	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo	
	8609	Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo	
	862	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	
	8699	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	
	863	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	
	864	Asportazione radicale di lesione della cute	
	8689	Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo	
	8601	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo	
Inserzione di pompa o dispositivo di accesso vascolare	8606	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile	II
	8607	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile	
Asportazione, incisione di cisti o seno pilonidale	8603	Incisione di cisti o seno pilonidale	I
Interventi sull'unghia	8686	Onicoplastica	I
Innesti / Reimpianto di cuoio capelluto	8660	Innesto cutaneo libero, SAI	V
	8663	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede	
	8669	Altro innesto di cute su altre sedi	
Allestimento\avanzamento\ trasferimento di lembo	867	Impianto di lembi peduncolati	II
Inserzione di espansore tessutale	8693	Inserzione di espansore tessutale	II
Interventi sui tegumenti del viso	8684	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute	II



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

ACTIVE PROTEZIONE

SALUTE E BENESSERE



ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE è disponibile nella formula:

➢ "Starbene Su misura", per una protezione individuale essenziale ma efficace per malattie e/o infortuni subiti sia nello svolgimento dell'attività professionale indicata in polizza sia in un contesto familiare e di vita privata.

Set Informativo del Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura - edizione 11.07.2026

- DIP Modulo SALUTE E BENESSERE - Benessere
- DIP Aggiuntivo Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura
- Condizioni di assicurazione Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura

ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE con…

- Prevenzione e Assistenza, con le soluzioni STARBENE START e STARBENE SU MISURA
- In autonomia, per poter provvedere a te stesso e ai tuoi cari anche davanti a ostacoli più grandi, attraverso indennità e rendite in caso di infortunio o di imprevisti legati alla salute
- In attività, per gestire più facilmente i giorni in cui è necessario rallentare... per poi ripartire, con gli indennizzi in caso di ricovero o intervento
- In continuità, con una somma assicurata per realizzare e portare a termine i progetti che hai in mente come desideri, anche dopo di te.

Ti ricordiamo che puoi modificare nel tempo le tue scelte secondo le tue nuove esigenze.
Scopri Active Protezione SALUTE E BENESSERE nella formula assicurativa che hai scelto!

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

Assicurazione per la copertura dei rischi infortuni e/o malattie

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Generali Italia S.p.A. **Prodotto: Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura**

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A., iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00021, autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927.

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura è una soluzione assicurativa che copre i rischi da Malattia e Infortuni subiti sia nello svolgimento dell'attività professionale indicata in Polizza che in contesto familiare e di vita privata. L'offerta comprende anche la possibilità di attivare una copertura Assistenza per necessità ed emergenze legate alla salute dell'Assicurato.

Che cosa è assicurato?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

Sono disponibili due diverse soluzioni di copertura di Servizi e Prestazioni alternativi tra loro: STARBENE START e STARBENE SU MISURA.

✓ **STARBENE START** è composta da:
- **Servizi di prevenzione START**: Servizio di ricerca strutture sanitarie; Accesso al network sanitario a tariffe agevolate; Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate;
- **Prestazioni assistenza START**: Consulenza medica; Consulenza cardiologica; Consulenza pediatrica; Consulenza ginecologica; Consulenza neurologica; Invio di un medico al domicilio in Italia; Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia; Invio di un infermiere al domicilio in Italia; Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia; Rimpatrio salma; Espatrio salma.

✓ **STARBENE SU MISURA** è composta da:
- **Servizi di prevenzione PLUS** che prevede, in aggiunta ai Servizi di prevenzione START, i seguenti: Servizio di consulto remoto; Second opinion;
- **Prestazioni assistenza SU MISURA** che prevede in aggiunta alle Prestazioni assistenza START, le seguenti: Assistenza per cure fisioterapiche; Invio di un/una colf; Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo; Rientro anticipato; Consulenza medico post infortunio; Info sport in sicurezza.

SEZIONE STARBENE SU MISURA

Sono previste le seguenti Garanzie nei 3 pacchetti predefiniti, tra loro alternativi, **BASIC, COMFORT, TOP** che si differenziano per le somme assicurate:

IN AUTONOMIA
✓ Invalidità permanente da infortunio;
✓ Rendita vitalizia da infortunio;

IN ATTIVITÀ
✓ Indennità giornaliera per ricovero da infortunio;
✓ Rimborso spese sanitarie da infortunio;
✓ Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio;

IN CONTINUITÀ
✓ Morte da infortunio.

Sono previste le seguenti Garanzie Malattia nel pacchetto **SALUTE**:

IN ATTIVITÀ
✓ Indennizzo forfettario per intervento chirurgico;
✓ Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico.

Sono previste le seguenti coperture gratuite per figli fino a 10 anni indicati tra le persone assicurate in Polizza:
✓ Invalidità permanente da infortunio;
✓ Rimborso spese sanitarie da infortunio.

Al Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura è inoltre abbinato il servizio di consulenza legale telefonica **PRONTO AVVOCATO**, comune a tutti i Moduli del Prodotto Active Protezione, per affrontare controversie legali, impostare comunicazioni a controparti e ottenere chiarimenti su normative vigenti in relazione alla vita privata, circolazione stradale e patente, salute, viaggi e vacanze, vita digitale, immobili, animali domestici.

Tutte le Garanzie sono prestate nell'ambito delle somme assicurate e dei Massimali rispettivamente indicati in Polizza.

Il DIP aggiuntivo contiene informazioni di dettaglio.

Che cosa non è assicurato?

Le esclusioni sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere grassetto.

SEZIONE PREVENZIONE E ASSSISTENZA

✗ **Le Prestazioni di Assistenza non sono dovute per gli eventi accaduti in occasione di**: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti, altre calamità naturali, atti di guerra o di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, esplosioni, emanazione di calore o radiazioni da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; per dolo dell'Assicurato o intervento di Autorità.

SEZIONE STARBENE SU MISURA

✗ **Infortuni subìti durante**: la pratica, a qualsiasi titolo, di determinate attività sportive (pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera, discesa di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala WW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite-surf, snow-kite, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, sport aerei, sport motoristici, sport estremi); l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale (inclusi invece in garanzia gli Infortuni avvenuti in Italia in tempo di pace);

✗ **ernie** (ad eccezione di quelle addominali da causa fortuita, violenta ed esterna tecnicamente non operabili), **rotture sottocutanee di tendini e infarti; Malaria; Malattie come conseguenza delle infezioni dovute a Infortunio**;

Per i **Pacchetti BASIC, COMFORT e TOP**:

✗ **Infortuni causati da**: guida di veicoli o natanti a motore senza abilitazione a norma di legge; abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene; operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili; guerra e insurrezione (inclusi invece in garanzia se l'Assicurato è sorpreso da tali eventi all'estero non oltre il 14° giorno dall'inizio delle ostilità); trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra; pratica di qualsiasi attività sportiva professionale (svolta a titolo oneroso); azioni o comportamenti dell'Assicurato legati a epilessia o a determinate infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici o paranoidi, forme maniaco-depressive); movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche nel Comune di residenza dell'Assicurato; lesioni che derivano da tumulti popolari a cui l'Assicurato ha partecipato in modo attivo;

✗ **Infortuni subìti**: alla guida o in qualità di personale di bordo di aeromobili; in qualità di passeggero su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri; su aeromobili di aeroclub, apparecchi per il volo da diporto o sportivo; durante attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore; in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione;

✗ **Infortuni che derivano da**: delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; uso e guida di veicoli a motore su circuiti per sport motoristici; partecipazione a corse e gare (e relative prove e allenamenti) che comportano l'uso di natanti a motore o a competizioni riconosciute o approvate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.) di calcio, calcio a 5 (e simili), sci e snow-board non estremi, ciclismo, sport equestri, hockey;

✗ Per le **Garanzie del pacchetto SALUTE Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico sono inoltre previste specifiche esclusioni, indicate nel DIP aggiuntivo**.

Ci sono limiti di copertura?

Le Garanzie prevedono limiti di Indennizzo specifici per alcune coperture, Franchigie, Scoperti e Termini di aspettativa che sono contenuti nelle Condizioni di assicurazione contraddistinti dal carattere grassetto e riepilogati in Polizza.

Il DIP aggiuntivo contiene informazioni di dettaglio.

Dove vale la copertura?

- ✓ Le Prestazioni Prevenzione e Assistenza operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività per la singola Prestazione.
- ✓ Le Garanzie Infortuni e Malattia operano in tutto il mondo.
- ✓ Il servizio assicurativo comune a tutti i Moduli Pronto Avvocato opera in Italia e in relazione a normative italiane.

Che obblighi ho?

Il Contraente o l'Assicurato **deve**:

- All'attivazione delle Garanzie rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e su eventuali altre polizze in corso per gli stessi rischi e, durante il periodo di validità delle Garanzie, comunicare a Generali Italia i cambiamenti che aggravano o diminuiscono il rischio assicurato.
- Dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del Comune di residenza che si verificano in corso di validità della Garanzia.

L'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, **deve**:

- In caso di Sinistro, presentare denuncia scritta a Generali Italia o all'Agenzia che gestisce il contratto con indicazione di numero di Polizza, luogo, giorno e ora, cause e descrizione del fatto e corredata dalla necessaria documentazione medica (inclusa, in caso di Ricovero o intervento, la Cartella clinica completa in copia conforme all'originale) e giustificativi di spesa. La denuncia di Infortunio va effettuata entro 10 giorni dalla data in cui si è verificato (o se ne ha avuta conoscenza o possibilità) e il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta; la denuncia di intervento, Ricovero o prestazione sanitaria, entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione (o se ne ha avuta conoscenza o possibilità).
- Consentire la visita dei medici inviati da Generali Italia e le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo, che devono essere eseguiti in Italia.
- In caso di Infortunio che ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, avvisare immediatamente Generali Italia.
- Attivare Prestazioni e servizi Prevenzione e Assistenza telefonando ai numeri dedicati, tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita dell'Indennizzo e la cessazione delle Garanzie.

Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo per l'Assicurazione Active Protezione può essere pagato in unica soluzione o in più rate. Le rate possono essere mensili (con addebito diretto SDD o su carta di credito), trimestrali (con una maggiorazione del Premio annuo del 3,5%) o semestrali (con una maggiorazione del Premio annuo del 2,5%). Anche se diviso in più rate, il Premio è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Il primo Premio o la prima rata di Premio devono essere pagati all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia al rilascio della Polizza; i Premi successivi o le rate di Premio successive alla prima devono essere pagati con le stesse modalità entro il trentesimo giorno dopo quello della scadenza del Premio o della rata di Premio. Il Premio di Polizza è unitario e va quindi pagato con unica disposizione di pagamento per tutte le Garanzie attive.

In caso di attivazione di Garanzie nel corso dell'annualità assicurativa, il Contraente, come primo Premio dovuto per le nuove Garanzie, paga un'integrazione del Premio annuo di Polizza per la frazione d'anno (Periodo di allineamento) che va dal giorno dell'attivazione delle stesse fino alla scadenza annuale della Garanzia iniziale (Scadenza annuale unica).

Il Premio è comprensivo di imposte e deve essere pagato con:

- bonifico bancario o postale su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto assicurativo dedicato intestato all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- assegno (bancario, postale o circolare) non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- POS o, quando disponibili, altri sistemi di pagamento elettronico (per i pagamenti che avvengono in Agenzia o, per i Premi successivi al Premio di perfezionamento, tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica);
- denaro contante entro il limite per contratto previsto dalla normativa vigente (Premio annuo 750,00 euro);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale se abilitate dai processi di Generali Italia.

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.

In caso di recesso per Sinistro da parte del Contraente o di Generali Italia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Generali Italia rimborsa l'eventuale rateo di Premio pagato e non goduto, escluse le imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione Active Protezione decorre dalla data di attivazione della prima Garanzia (la Garanzia iniziale) e cessa automaticamente decorsi 6 mesi dal giorno della cessazione dell'ultima Garanzia in essere, ferme decorrenza e scadenza di ciascuna Garanzia. Nei 6 mesi successivi alla scadenza dell'ultima Garanzia è quindi possibile attivare nuove Garanzie. Le singole Garanzie di ogni Modulo - compresa la Garanzia iniziale - hanno la durata annuale o pluriennale per ciascuna indicata in Polizza con effetto dalle ore 24 del giorno di attivazione per ciascuna indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento e, se ne è previsto il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, alla scadenza sono prorogate per una durata pari a un anno e così successivamente. Per le Garanzie attivate in seguito alla Garanzia Iniziale, il giorno e il mese di scadenza coincidono sempre con il giorno e il mese di scadenza annuale della Garanzia Iniziale; se non sono stipulate nello stesso giorno e mese di durata inferiore all'annualità assicurativa è quindi previsto un primo periodo di durata inferiore all'annualità assicurativa (Periodo di allineamento).

Se il Contraente non paga i Premi, o le rate di Premio, successivi al primo, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e si riattiva alle ore 24 del giorno del pagamento.

Le Garanzie Prevenzione e Assistenza e la Garanzia comune a tutti i Moduli Pronto Avvocato sono prestate in abbinamento alle altre Garanzie del Modulo e cessano al cessare di queste. Le Garanzie operano per i Sinistri che si verificano in corso di efficacia delle stesse, fino alla scadenza. **Per le Garanzie Malattia è previsto il decorso di un Termine di aspettativa, durante il quale queste in tutto o in parte non operano, di 30 giorni oppure 180 giorni** per le Malattie che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e Malformazioni presenti anteriormente all'attivazione della Garanzia, non conosciute e/o non diagnosticate al momento dell'attivazione della stessa o conosciute e dichiarate a Generali Italia.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione Active Protezione non può essere risolta e rimane in vigore fino a quando resta in vigore anche solo una delle Garanzie attivate.

Il Contraente o Generali Italia possono impedire la tacita proroga delle specifiche Garanzie, se prevista, con **comunicazione scritta di disdetta inviata almeno 30 giorni prima della scadenza** indicata in Polizza (o della scadenza dell'annualità per cui l'assicurazione è stata prorogata). **La facoltà di disdetta può essere esercitata nel rispetto delle regole di interdipendenza tra le Garanzie**. Tale facoltà non è prevista per la Garanzia Pronto Avvocato. Nel caso di mancata indicazione delle Garanzie oggetto di disdetta, la comunicazione è valida ed efficace per tutte le Garanzie attivate. Valgono comunque i termini di durata previsti per ciascuna Garanzia. Le Garanzie Prevenzione e Assistenza non possono essere oggetto di disdetta in modo autonomo e cessano a seguito di disdetta delle altre Garanzie del Modulo. Le Garanzie Infortuni e Malattia non possono essere oggetto di disdetta singolarmente. Nel caso di sottoscrizione di **Garanzie di durata superiore a 5 anni**, con applicazione della riduzione del Premio prevista per legge per le Garanzie di durata poliennale, il Contraente ha inoltre facoltà di **recedere dopo il termine di 5 anni** con **comunicazione scritta inviata almeno 30 giorni prima della relativa scadenza**. Il recesso ha effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è esercitato. In caso di esercizio, da parte di Generali Italia, della facoltà di modifica delle condizioni di Assicurazione o di Premio al momento del rinnovo, anche tacito, delle Garanzie in scadenza, se il Contraente non accetta le nuove condizioni proposte attraverso il pagamento del Premio entro il termine di 30 giorni dalla scadenza, tali Garanzie cessano alla scadenza originariamente pattuita maggiorata di 30 giorni e l'Assicurazione Active Protezione prosegue per le altre Garanzie. Nei casi, tassativamente individuati, in cui Generali Italia esercita, per la generalità dei contratti di durata poliennale dello stesso tipo, la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni in corso prima della loro scadenza, il Contraente può recedere dalle Garanzie oggetto di modifica o dall'intera Assicurazione Active Protezione.

Il Contraente o Generali Italia hanno inoltre facoltà di recedere per Sinistro per tutte le Garanzie del Modulo ad eccezione delle Garanzie del pacchetto SALUTE Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico, anche dopo ogni denuncia di Sinistro relativo a una o più delle stesse e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tramite invio della relativa comunicazione entro tale termine. Se a recedere è il Contraente il recesso ha effetto su tutte le Garanzie del Modulo; se a recedere è Generali Italia e sono presenti le Garanzie del pacchetto SALUTE, queste rimangono attive per la loro durata residua, ma il Contraente ha comunque facoltà di esercitare il recesso anche da tali Garanzie.

Non è prevista la facoltà del Contraente o di Generali Italia di recedere per Sinistro che riguarda solo le Garanzie Prevenzione e Assistenza.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia può recedere per aggravamento di Rischio, con comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ne ha avuto conoscenza.

Se il contratto è collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla sua conclusione. In tal caso deve inviare richiesta scritta all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.

Assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni, Malattia e Assistenza

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

Prodotto: Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura

data di aggiornamento: 11.07.2026

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di GENERALI ITALIA S.p.A., società appartenente al gruppo Generali con sede legale 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 al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.
Patrimonio netto al 31/12/2025: € 8.716.522.469 di cui risultato economico di periodo € 1.180.954.268. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.
Indice di solvibilità (solvency ratio): 258% (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). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Le Garanzie operano, se riportate in Polizza e se è stato corrisposto il relativo Premio, nei limiti indicati nella sezione "Ci sono limiti di Copertura?" e in ogni caso nel limite delle somme assicurate e Massimali indicati in Polizza.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO:
PIÙ GENERALI
Indennità per estinzione del mutuo o finanziamento per l'acquisto dell'abitazione di residenza: in caso di Infortunio che comporta l'impossibilità di svolgere la propria attività lavorativa, se sottoscritta una Polizza Incendio e altri eventi assimilati con Generali Italia; **Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto da grave infortunio**: in caso di Invalidità permanente totale da Infortunio; **Salvaguardia dei piani di investimento**: per la prosecuzione del rapporto assicurativo in caso di incapacità totale e definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate in Polizza. È valida per i soli clienti intestatari di polizze Vita con Generali Italia a premio annuo o unico ricorrente e di piani individuali di previdenza (P.I.P.). Generali Italia corrisponde l'Indennizzo con l'emissione in favore dell'Assicurato di un contratto di assicurazione sulla vita a premio unico.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Rischi esclusi** SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA: **Le Prestazioni non sono dovute** nei casi di seguito indicati. **Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia**: non previsto quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali; **Rimpatrio salma**: escluse spese per cerimonia funebre e per eventuale recupero della salma; **Espatrio salma**: escluse spese per cerimonia funebre, eventuale recupero della salma e spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel Paese d'origine.
	SEZIONE STARBENE SU MISURA Per le Garanzie **Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico** sono esclusi: - **Interventi chirurgici e Ricoveri** successivi alla data di scadenza o di cessazione anticipata della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto, durante la validità della Garanzia; che sono conseguenza diretta di Infortuni, Malattie, stati patologici, Malformazioni, Difetti fisici conosciuti, curati o diagnosticati prima dell'attivazione della Garanzia; per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici; connessi a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive o riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico; finalizzati al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e quelli relativi alla fecondazione assistita e artificiale; correlati alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate; connessi a conseguenze di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (inclusi in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato)**;** connessi a conseguenze che derivano da guerra, insurrezione, terremoti, eruzioni vulcaniche; - **Interventi chirurgici** ambulatoriali; per la rimozione di dispositivi impiantati per osteosintesi; per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio correzione di miopia e astigmatismo); - **Ricoveri e Day hospital** durante i quali sono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio; - **Ricoveri** per stati vegetativi e per lunga degenza**;** - **parto fisiologico e interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;** - **intossicazioni** da abuso di alcolici, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

	- **prestazioni** con dietologiche o estetiche (sono invece inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di endoprotesi mammarie sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione); - **degenze** in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili; - **prestazioni non riconosciute dalle Autorità Internazionali** o che non riguardano la cura della patologia o l'Infortunio che le ha determinate; - **protesi dentarie e ortodontiche**, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA
Ciascuna Prestazione è dovuta per massimo 3 volte per annualità assicurativa. Valgono inoltre i **limiti specifici indicati di seguito.**
Servizi di prevenzione PLUS - **Servizio di consulto remoto**: massimo di 3 consulti per annualità assicurativa; **Second Opinion**: 1 parere per annualità assicurativa.
Prestazioni assistenza START
Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia: fino a 250,00 euro per Sinistro e 500,00 euro per annualità assicurativa; **Invio di un infermiere al domicilio in Italia**: massimo 5 sedute; **Rimpatrio salma**: fino a 5.000,00 euro per Sinistro; **Espatrio salma**: fino a 10.000,00 euro per Sinistro
Prestazioni assistenza STARBENE SU MISURA
Assistenza per cure fisioterapiche e **Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riablitativo**: massimo 5 sedute; **Invio di un/una Colf**: massimo 8 ore; **Rientro anticipato**: massimo 200,00 euro dall'Italia e massimo 300,00 euro dall'estero.

SEZIONE STARBENE SU MISURA – GARANZIE SEMPRE OPERANTI
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Invalidità permanente da infortunio: Franchigia pattuita e indicata in Polizza.
Rendita vitalizia da infortunio: in caso di invalidità permanente pari o superiore al 66%, per importo indicato in Polizza.
Indennità giornaliera per ricovero da Infortunio: massimo 300 giorni per Sinistro e annualità assicurativa. In caso di day hospital l'indennità è ridotta al 50%,
Rimborso spese sanitarie da infortunio: Scoperto 10% con minimo di 200,00 euro per Sinistro. Inoltre, In caso di Ricovero, i trattamenti fisioterapici e rieducativi sostenuti nei 180 giorni dopo il Ricovero sono rimborsati fino al limite del 30% della somma assicurata con un massimo di 1.000,00 euro; in assenza di Ricovero, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, sostenuti nei 120 gg successivi all'infortunio, sono rimborsati fino al limite del 20% della somma assicurata con un massimo di 1.000,00 euro.
Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio: per ogni periodo di Inabilità temporanea di 90 giorni consecutivi, Indennizzo pari al 25% della somma assicurata fino al massimo di 4 periodi di 90 giorni ciascuno.
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico: in caso di più Interventi chirurgici subìti nel corso della stessa seduta operatoria l'Indennizzo forfettario è riconosciuto per un solo intervento e la classe di intervento attribuita per determinare l'importo da indennizzare è quella corrispondente all'importo maggiore tra quelli previsti per i diversi Interventi chirurgici sostenuti. Inoltre, se nel corso della stessa annualità assicurativa l'Assicurato subisce più Interventi chirurgici per la stessa patologia sullo stesso distretto anatomico o organo, il secondo intervento è indennizzabile entro il limite del 50% dell'importo previsto.
Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico: massimo 180 giorni, escluso il giorno di dimissione.

SEZIONE STARBENE SU MISURA – GARANZIE ACCESSORIE - DEDICATO A TE – PACCHETTO PIU' GENERALI
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Indennità per estinzione del mutuo o finanziamento per l'acquisto dell'abitazione di residenza: Limite di Indennizzo 30.000,00 euro
Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto da grave infortunio: Limite di Indennizzo 30.000,00 euro per l'abitazione; 5.000,00 euro per l'autovettura
Salvaguardia dei piani di investimento: il premio unico della polizza Vita stipulata da Generali Italia non può superare 30.000,00 euro
SEZIONE STARBENE SU MISURA – GARANZIE ACCESSORIE - DEDICATO A TE – PACCHETTO FAMIGLIA
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Copertura speciale figli fino a 10 anni Invalidità permanente da infortunio: Franchigia 25%
Copertura speciale figli fino a 10 anni Rimborso spese sanitarie da infortunio: fino a 5.000,00 euro per persona e annualità assicurativa per spese sostenute in conseguenza diretta di un Infortunio per cui è stato necessario un Ricovero o un Intervento chirurgico effettuato anche in Day hospital o ambulatorio medico. Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sostenuti nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione: fino al limite del 20% della somma assicurata con il massimo di 750,00 euro.

A chi è rivolto questo prodotto?

Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura è rivolto alle persone fisiche e ai loro nuclei familiari per la protezione della persona in caso di Infortunio o Malattie. Il Contraente può anche essere un'impresa o un ente ma l'Assicurato è sempre una persona fisica identificata. Il Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura si rivolge ai soggetti che hanno espresso il bisogno di copertura relativo a Cura della persona (Garanzie In autonomia, In attività e In continuità) e all'Assistenza e soccorso (Garanzie Prevenzione e Assistenza, Garanzia Pronto Avvocato).

Quali costi devo sostenere?

Il Modulo prevede costi medi di intermediazione del 25,40% del Premio imponibile pagato dal Contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata a Generali Italia S.p.A. – Customer Advocacy e Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187; • Tramite il sito internet della Compagnia www.cattolica.it nella sezione Reclami; • Tramite mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Customer Advocacy e Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per massimo 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento di Agenti, loro dipendenti e collaboratori.
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. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è disponibile sul sito www.ivass.it alla sezione "Per i consumatori – Reclami".

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:	
Arbitro Assicurativo	È obbligatorio ricorrere all'Arbitro Assicurativo previsto dalla legge come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria, in alternativa alla Mediazione. Il ricorso va presentato tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È obbligatorio ricorrere alla Mediazione prevista dalla legge come condizione di procedibilità per le controversie sui contratti di assicurazione. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC generali_mediazione@pec.generaligroup.com o presso la sede legale di Generali. È 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).
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato a Generali Italia.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	È possibile attivare: - perizia contrattuale per le controversie di natura medica. Le parti nominano un perito ciascuna e l'accordo è vincolante. L'istanza di attivazione deve essere inviata all'indirizzo PEC: cattolica@pec.generaligroup.com o tramite Raccomandata presso la sede legale di Generali Italia. - procedura FIN-NET per la risoluzione delle liti transfrontaliere. È possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione europea o https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).

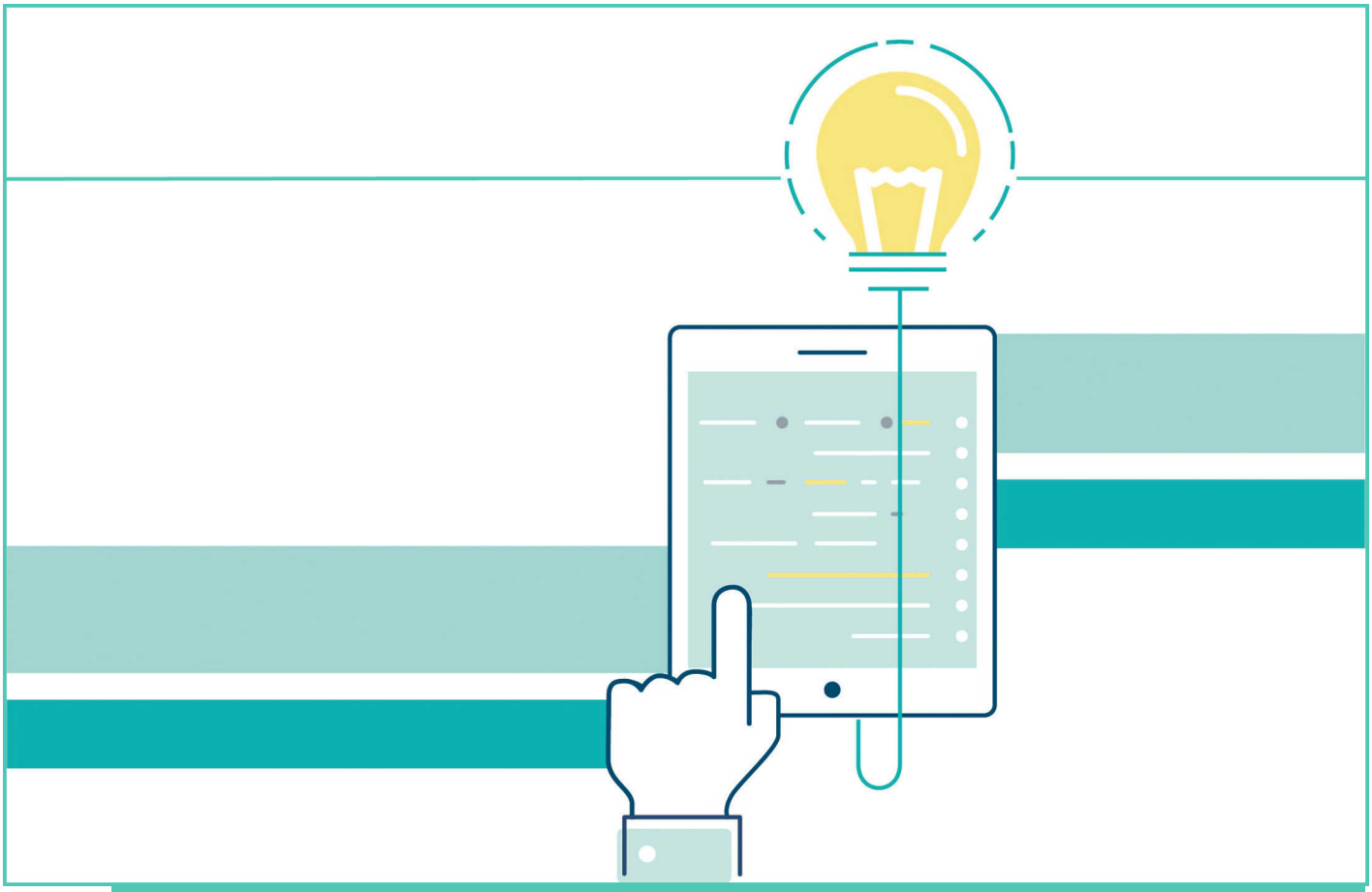
REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	L'imposta dovuta sul Premio imponibile è: 10% per le **Garanzie Assistenza**; 2,5% per le **Garanzie Infortuni e Malattia** e 21,25% per la **Garanzia Pronto Avvocato.** I Premi delle Garanzie che coprono il rischio di morte o di Invalidità permanente non inferiore al 5% sono detraibili ai fini dell'imposta sui redditi ai sensi della vigente normativa fiscale. Le somme dovute da Generali Italia per la Garanzia Rendita vitalizia da Infortunio è soggetta alle ritenute fiscali previste dalla normativa vigente.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il **cliente** è stato **precedentemente affetto da patologie oncologiche** - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto** a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. **Il termine è ridotto da dieci a cinque anni**, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le **patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi**, sono previsti **termini inferiori, indicati nella Tabella**, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o per la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 CON LE SEGUENTI FUNZIONALITÀ: VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI E LE GARANZIE ACQUISTATE; VISUALIZZARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; PAGARE I PREMI DI POLIZZA SUCCESSIVI AL PREMIO DI PERFEZIONAMENTO; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY; SEGNALARE UN SINISTRO.



MODULO SALUTE E BENESSERE – Starbene Su misura PAG.

PRESENTAZIONE MODULO 1
CONDIZIONI SPECIFICHE - DEFINIZIONI 5
DEFINIZIONI SPECIFICHE - PREVENZIONE E ASSISTENZA 5
DEFINIZIONI SPECIFICHE - STARBENE SU MISURA 5
CONDIZIONI SPECIFICHE Prevenzione e Assistenza 8
PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE START 8
SERVIZI DI PREVENZIONE START 8
Che cosa è assicurato? 8
Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie 8
Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate 8
Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate 8
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 8
Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa 8
Art. 1.1 Come attivare i servizi 8
PRESTAZIONI ASSISTENZA START 9

Che cosa è assicurato? 9
Art. 1.1 Consulenza medica 9
Art. 1.2 Consulenza cardiologica 9
Art. 1.3 Consulenza pediatrica 9
Art. 1.4 Consulenza ginecologica 9
Art. 1.5 Consulenza neurologica 9
Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia 9
Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia 10
Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia 10
Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia 10
Art. 1.10 Rimpatrio salma 10
Art. 1.11 Espatrio salma 10
Che cosa NON è assicurato? 11
Art. 2.1 Esclusioni 11
Ci sono limiti di copertura? 11
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 11
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 11
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 11
Dove vale la copertura? 11
Art. 4.1 Validità territoriale 11
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 12
Che obblighi ho? 12
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 12
PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE SU MISURA 13
SERVIZI DI PREVENZIONE PLUS 13
Che cosa è assicurato? 13
Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie 13
Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate 13
Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate 13
Art. 1.4 Servizio di consulto remoto 13
Art. 1.5 Second Opinion (consulto di alta specializzazione) 14
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 14
Che obblighi ho? 14
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare i servizi 14
PRESTAZIONI ASSISTENZA SU MISURA 15

Che cosa è assicurato? 15
Art. 1.1 Consulenza medica 15
Art. 1.2 Consulenza cardiologica 15
Art. 1.3 Consulenza pediatrica 15
Art. 1.4 Consulenza ginecologica 15
Art. 1.5 Consulenza neurologica 15
Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia 15
Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia 15
Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia 16
Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia 16
Art. 1.10 Rimpatrio salma 16
Art. 1.11 Espatrio salma 16
Art. 1.12 Assistenza per cure fisioterapiche 16
Art. 1.13 Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo 17
Art. 1.14 Invio di un/una Colf 17
Art. 1.15 Rientro anticipato 17
Art. 1.16 Consulenza medica post infortunio 17
Art. 1.17 Info sport in sicurezza 17
Che cosa NON è assicurato? 18
Art. 2.1 Esclusioni 18
Ci sono limiti di copertura? 18
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 18
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 18
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 18
Dove vale la copertura? 18
Art. 4.1 Validità territoriale 18
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 19
Che obblighi ho? 19
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 19
CONDIZIONI SPECIFICHE STARBENE SU MISURA 20
Che cosa è assicurato? 20
Art. 1.1 Assicurati 20
Art. 1.2 Rischi assicurati 20
Art. 1.3 Ulteriori eventi indennizzabili 20
Che cosa è assicurato? Garanzie base 21
IN AUTONOMIA 21
Art. 2.1 Invalidità permanente da infortunio 21

Art. 2.2 Rendita vitalizia da infortunio 23
IN ATTIVITÀ 24
Art. 2.3 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio 24
Art. 2.4 Rimborso spese sanitarie da infortunio 24
Art. 2.5 Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio 25
Art. 2.6 Indennizzo forfettario per intervento chirurgico 25
Art. 2.7 Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico 26
IN CONTINUITÀ 27
Art. 3.1 Morte da infortunio 27

Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie 28
DEDICATO A TE 28
PACCHETTO PIÙ ACTIVE 28
Art. 4.1 Indennità per estinzione del mutuo o finanziamento per l'acquisto dell'abitazione di residenza 28
Art. 4.2 Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto da in conseguenza di grave infortunio 28
Art. 4.3 Salvaguardia dei piani di investimento 28
PACCHETTO FAMIGLIA 29
Art. 4.4 Copertura speciale figli fino a 10 anni: Invalidità permanente da infortunio 29
Art. 4.5 Copertura speciale figli fino a 10 anni: Rimborso spese sanitarie da infortunio 29
Art. 4.6 Cessazione delle Garanzie del Pacchetto Famiglia 29

Che cosa NON è assicurato? 30
Art. 5.1 Persone non assicurabili 30
Art. 5.2 Esclusioni 30

Ci sono limiti di copertura? 33
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 33

Dove vale la copertura? 33
Art. 6.1 Dove operano le Garanzie 33
Con quali condizioni operative assicuriamo? 33
CONDIZIONI OPERATIVE PER GLI INFORTUNI 33
Art. 7.1 Criteri di indennizzabilità 33
Art. 7.2 Elenco attività professionali in garanzia 34

Che obblighi ho? 36
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 8.1 Variazione della residenza 36

Quando e come devo pagare? 37
Art. 9.1 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali 37
Art. 9.2 Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato 37

Quando comincia la copertura e quando finisce? 37
Art. 10.1 Durata delle Garanzie attivate 37
Art. 10.2 Attivazione e disattivazione delle Garanzie accessorie 37
Art. 10.3 Termini di aspettativa 37
Come posso disdire le Garanzie? 39
Art. 11.1 Disdetta e proroga delle Garanzie attivate 39
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 40
Che obblighi ho? 40
Quali obblighi ha l'impresa
Art. 1.1 Denuncia dell'infortunio 40
Art. 1.2 Denuncia dell'intervento o del ricovero 40
Art. 1.3 Pagamento dell'indennizzo 40
Art. 1.4 Modalità di pagamento Rimborso spese sanitarie 40
Art. 1.5 Controversie - Perizia contrattuale 40
Art. 1.6 Rinuncia all'azione di rivalsa 41
Come posso disdire le Garanzie? 41
Art. 2.1 Recesso in caso di sinistro 41
ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI 43

PRESENTAZIONE MODULO

Il **Modulo SALUTE E BENESSERE – Starbene Su misura** è parte integrante del contratto di assicurazione Active Protezione e contiene le Condizioni Specifiche delle seguenti Garanzie:

PREVENZIONE E ASSISTENZA
- Prevenzione e Assistenza STARBENE START
- Prevenzione e Assistenza STARBENE SU MISURA

STARBENE SU MISURA
In autonomia
Garanzie Infortuni
- Invalidità permanente da infortunio
- Rendita vitalizia da infortunio

In attività
Garanzie Infortuni
- Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
- Rimborso spese sanitarie da infortunio
- Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

Garanzie Malattie
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico
- Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico

In continuità
Garanzie Infortuni
- Morte da infortunio

Dedicato a te: per personalizzare le coperture in base alle specifiche esigenze di protezione della persona

Le Condizioni Specifiche si compongono di:
- Definizioni;
- norme proprie delle singole Garanzie attivate, che contengono la disciplina specifica di tali Garanzie;
- Norme Comuni, che contengono la disciplina comune a tutte le Garanzie attivate.

Funzionamento

Le Garanzie Infortuni possono essere attivate in 3 combinazioni predefinite, tra loro **alternative**:
- BASIC
- COMFORT
- TOP

Le Garanzie Malattie della sezione In attività possono invece essere attivate sia da sole che in aggiunta al pacchetto Infortuni scelto.
Sono infine previste Garanzie opzionali per la personalizzazione della copertura.

Le Garanzie Prevenzione e Assistenza sono prestate in abbinamento alle Garanzie Infortuni e Malattie, insieme alla Garanzia *Pronto Avvocato*, che è comune a tutti i Moduli del prodotto Active Protezione ed è quindi disciplinata nella sezione NORME COMUNI DEL PRODOTTO.
Pertanto, la disattivazione delle Garanzie Infortuni e Malattie comporta anche la contestuale cessazione delle Garanzie Prevenzione e Assistenza a esse connessa e, in assenza di altri Moduli, determina la cessazione anche della Garanzia *Pronto Avvocato*.
Le Garanzie operano se riportate in Polizza nella specifica sezione ed è stato corrisposto il relativo Premio.

TABELLA DELLE GARANZIE

Garanzia base	Garanzia principale che può essere attivata da sola

Garanzia accessoria	Garanzia che può essere attivata solo con una Garanzia base
Garanzia Prevenzione e Assistenza	Una delle due diverse soluzioni di copertura Prevenzione e Assistenza attivata con le Garanzie base
Garanzia Pronto Avvocato	Il servizio assicurativo attivo con ogni Modulo
Condizioni di attivazione	Regole per poter attivare Garanzie base e Garanzie accessorie

GARANZIE BASE	GARANZIE ACCESSORIE	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE
BASIC		Pacchetto di Garanzie Infortuni alternativo ai pacchetti • COMFORT • TOP
Invalidità permanente da infortunio **Rendita vitalizia da infortunio** **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio** **Morte da infortunio**		
COMFORT		Pacchetto di Garanzie Infortuni alternativo ai pacchetti • BASIC • TOP
Invalidità permanente da infortunio **Rendita vitalizia da infortunio** **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio** **Rimborso spese sanitarie da infortunio** **Morte da infortunio**		
TOP		Pacchetto di Garanzie alternativo ai pacchetti • BASIC • COMFORT
Invalidità permanente da infortunio **Rendita vitalizia da infortunio** **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio** **Rimborso spese sanitarie da infortunio** **Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio** **Morte da infortunio**		
SALUTE		
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico		Attivabile da sola o con i Pacchetti BASIC, COMFORT o TOP
Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico		Attivabile da sola o con i Pacchetti BASIC, COMFORT o TOP
	DEDICATO A TE	
	Pacchetto Più Active	
	Indennità per estinzione del mutuo o finanziamento per l'acquisto dell'abitazione di residenza	Pacchetto di Garanzie attivabile con i pacchetti Infortuni: • BASIC • COMFORT • TOP
	Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto in conseguenza di grave infortunio	
	Salvaguardia dei piani di investimento	
	Pacchetto Famiglia	

	Copertura speciale figli fino a 10 anni: Invalidità permanente da infortunio	Opera gratuitamente per i figli minori di 10 anni se il genitore ha attivato uno dei tre pacchetti Infortuni
	Copertura speciale figli fino a 10 anni: Rimborso spese sanitarie da infortunio	Opera gratuitamente per i figli minori di 10 anni se i genitori hanno attivato uno tra i pacchetti Infortuni COMFORT o TOP

GARANZIE Prevenzione e Assistenza	**CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE**
Prevenzione e Assistenza STARBENE START **Servizi di prevenzione START** • Servizio di ricerca strutture sanitarie • Accesso al network sanitario a tariffe agevolate • Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate **Prestazioni assistenza START** • Consulenza medica • Consulenza cardiologica • Consulenza pediatrica • Consulenza ginecologica • Consulenza neurologica • Invio di un medico al domicilio in Italia • Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia • Invio di un infermiere al domicilio in Italia • Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia • Rimpatrio salma • Espatrio salma	Attiva con Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura e alternativa a PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE SU MISURA
Prevenzione e Assistenza STARBENE SU MISURA **Servizi di prevenzione PLUS,** che prevede in aggiunta ai Servizi di prevenzione START i seguenti: • Servizio di consulto remoto • Second opinion **Prestazioni assistenza SU MISURA,** che prevede in aggiunta alle Prestazioni assistenza START, le seguenti: • Assistenza per cure fisioterapiche • Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo • Invio di un/una colf • Rientro anticipato • Consulenza medica post infortunio • Info sport in sicurezza	Attiva con Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura e alternativa a PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE START

Garanzia Pronto Avvocato	**CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE**
Servizio assicurativo di consulenza legale telefonica comune a tutti i Moduli del prodotto Active Protezione	Sempre attiva con il Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Su misura

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura del documento, abbiamo utilizzato i seguenti strumenti grafici:
- AVVERTENZE: per richiamare l'attenzione a prendere consapevolezza di particolari regole;
- Carattere grassetto: per dare maggior risalto al testo da leggere con particolare attenzione;
- Lettera Iniziale maiuscola: per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;
- Box con esempi:

Per aiutare a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento delle Garanzie.

Per l'attivazione delle Prestazioni e dei servizi **Prevenzione e Assistenza** e per la Garanzia Pronto Avvocato contattare i seguenti numeri:

Numero Verde **800 572 572**
+39 02 5824 0565 per chiamate dall'estero

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve subito fare denuncia all'Agenzia di riferimento che fornisce aiuto. In alternativa, può inviare una comunicazione per iscritto, alla sede legale di Generali Italia, tramite lettera raccomandata o PEC ai seguenti recapiti:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

È anche possibile segnalare il Sinistro tramite l'Area Clienti del sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

CONDIZIONI SPECIFICHE - DEFINIZIONI

Nelle Condizioni Specifiche del presente Modulo, ai termini di seguito indicati è attribuito il significato qui precisato e sono sempre riportati con l'iniziale maiuscola:

DEFINIZIONI SPECIFICHE - PREVENZIONE E ASSISTENZA

Centrale Operativa	Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale 10.000,00 euro, interamente versato, inscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA n. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., in funzione dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 22:00 e il sabato dalle 08:00 alle 14:00 (esclusi i festivi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l'Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l'organizzazione e fornitura dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazioni sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, tramite soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi, si avvalgono anche di personale medico.
GENERALI WELION S.C.A.R.L.	Società appartenente al Gruppo Generali soggetta alla direzione e al coordinamento di Generali Italia S.p.A. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche da cui derivano la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea. Le lesioni devono essere conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio e accertabili in maniera oggettiva.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata SSN o privata) autorizzati all'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche.
Prestazione	Assistenza fornita tramite la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Generali Italia.
Ricovero	Degenza in Istituto di cura anche in regime di day hospital.
Sinistro	Fatto o avvenimento che si verifica durante la validità dell'Assicurazione che comporta la richiesta di Prestazione o servizi e che rientra in copertura.
Struttura Organizzativa	REDION ITALY INSURANCE S.P.A. con sede in Assago (MI) Via del Mulino, 4 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 01333550323, iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 e alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, Società unipersonale 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 S.p.A. al contatto col Contraente/Assicurato, all'organizzazione e fornitura delle Prestazioni entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A..
Strutture mediche Convenzionate	Strutture sanitarie (Istituti di cura e ambulatori medici) e medici e altri professionisti dell'area sanitaria convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.
Strutture odontoiatriche Convenzionate	Studi dentistici e odontoiatrici e medici dentisti e odontoiatri convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.

DEFINIZIONI SPECIFICHE - STARBENE SU MISURA

Atto terroristico	Atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscono da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale Generali Italia paga l'Indennizzo in caso di Infortunio mortale dell'Assicurato.

Cartella clinica	Documento ufficiale e atto pubblico compilato durante il Ricovero o in Day hospital, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
Day hospital	Degenza senza Intervento chirurgico presso reparto di Istituto di cura a regime solo diurno, documentata da Cartella clinica.
Day surgery	Intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura con degenza diurna in reparto, che non comporta pernottamento, documentato da Cartella clinica.
Difetto fisico	Mancanza o imperfezione (genetica e non) non presente alla nascita, di un organo, di un apparato, di una funzione, anche se non note o non diagnosticate all'attivazione delle Garanzie del presente Modulo. Esempi: • alluce valgo • dito a martello • piede piatto • vizi di rifrazione • deviazione del setto nasale • ginocchia vare o valghe • cheratocono • scoliosi
Franchigia	Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali per le Invalidità, in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese.
Frattura	Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti. **Non sono compresi distacchi parcellari e infrazioni.**
Inabilità temporanea	Perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	Somma dovuta da Generali Italia in caso di Sinistro, anche sotto forma di rimborso spese.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce Lesioni corporali accertabili in maniera oggettiva, le quali hanno per conseguenza la morte, l'Invalidità permanente o una Inabilità temporanea.
Intervento chirurgico	Atto medico, con finalità terapeutica o diagnostica, eseguito con qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, incidendo la cute o i tessuti dell'organismo anche con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. **I punti di sutura non sono considerati Intervento chirurgico.**
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento di chirurgia effettuato senza degenza da medico chirurgo in Istituto di cura, centro medico o studio medico chirurgico e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione dopo l'intervento. Può comportare anche biopsia, diatermocoagulazione, crioterapia, endoscopia con biopsia, laserterapia operativa, infiltrazioni articolari, ago aspirato, ozonoterapia.
Invalidità permanente (IP)	Perdita permanente, definitiva e irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata con SSN o privata) in Italia o all'estero, autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al Ricovero e all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna e dotati di attrezzature per il pernottamento dei pazienti e per le terapie di stati patologici mediante l'Intervento di personale medico e paramedico abilitato. **Non sono considerati Istituti di cura**: le case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e ospizi per anziani, gli hospice, gli stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, le cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o istituti assimilabili.
Lesione	Qualsiasi modificazione menomante a carico di un organo o di un tessuto, con alterazione della continuità della forma, della struttura e della funzione provocata da cause fisiche (agenti traumatici), chimiche (intossicazioni) o biologiche (microrganismi).
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ, i tumori con invasione diretta degli organi vicini in fase metastatica.

Malformazione	Ogni alterazione fisica o psichica (genetica e non) che si è sviluppata durante la vita intrauterina.
Massimale	Importo massimo dovuto da Generali Italia per la singola Garanzia in relazione a ciascun Assicurato per Sinistro e annualità assicurativa.
Ricovero	Degenza presso reparto di Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, documentato da Cartella clinica.
Rischio	Probabilità del verificarsi del Sinistro.
Scoperto	Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'Indennizzo.
Termine di aspettativa	Periodo, successivo all'attivazione della Garanzia e al pagamento del relativo Premio di perfezionamento, durante il quale la stessa, in tutto o in parte, non opera.

CONDIZIONI SPECIFICHE PREVENZIONE E ASSISTENZA

PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE START

Si compone di:

- **Servizi di prevenzione START** (servizi di prevenzione e consulenza offerti da Generali Italia, anche per il tramite di Generali Welion S.c.a.r.l., delle Strutture mediche Convenzionate o da parte di società terze)
- **Prestazioni assistenza START**

SERVIZI DI PREVENZIONE START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie

Che cosa è assicurato

Con il Servizio Ricerca strutture sanitarie l'Assicurato può ricercare, tramite l'Area Cliente del sito www.cattolica.it o l'App MyCattolica, le Strutture sanitarie Convenzionate a lui più vicine e ottenere tutte le informazioni necessarie per mettervi in contatto (contatto telefonico, e-mail, orari di apertura).
In caso di combinazione con la formula Starbene Tutti compresi del Modulo SALUTE E B ENESSERE, gli Assicurati diversi dal Contraente possono accedere al servizio tramite il sito web Cattolica.it nella sezione Strutture sanitarie.

Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture odontoiatriche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare i servizi

I servizi di prevenzione possono essere attivati in modalità digitale (App MyCattolica e sito www.cattolica.it) oppure chiamando la Centrale Operativa ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

PRESTAZIONI ASSISTENZA START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Consulenza medica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare o il proprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa e chiede una consulenza telefonica. **La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.2 Consulenza cardiologica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza cardiologica per valutare o lo stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.**La consulenza non ha valore di diagnosi.** Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.3 Consulenza pediatrica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel contattare il proprio pediatra per una consulenza pediatrica urgente a seguito di malattia o Infortunio del proprio bambino, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico. **La consulenza non ha valore di diagnosi.** Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.4 Consulenza ginecologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel contattare il proprio ginecologo per una consulenza ginecologica urgente, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurata è assistita telefonicamente dal ginecologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurata deve comunicare il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico. **La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurata.

Art. 1.5 Consulenza neurologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel contattare il proprio neurologo per una consulenza neurologica urgente, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato è assistito telefonicamente dal medico neurologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico**. La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di visita medica, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato uno dei medici convenzionati. Le spese sono a carico di Generali Italia. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato in

autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.
La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di trasporto tramite autoambulanza, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi del trasporto fino a 250,00 euro per Sinistro e fino a 500,00 euro per annualità assicurativa.

Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di assistenza infermieristica, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale, la Struttura Organizzativa invia un infermiere al domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 5 sedute.

Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di patologia riscontrata all'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia per cui è stato necessario il suo ricovero in una struttura ospedaliera della Regione di residenza, se le condizioni dell'Assicurato - **accertate tramite contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante** - richiedono il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto **non curabili nella struttura ospedaliera della Regione di residenza**, la Struttura Organizzativa provvede a sue spese a:

- individuare e prenotare l'Istituto di cura in Italia ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 1.10 Rimpatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto all'estero per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, solo se situato **in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea**.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese per la cerimonia funebre e per l'eventuale recupero della salma.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.

Art. 1.11 Espatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in Italia per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma **fino all'aeroporto più vicino al luogo di sepoltura, nel suo Paese d'origine**. Se non è possibile raggiungere alcun aeroporto nel Paese d'origine, la Struttura Organizzativa provvede a organizzare il trasporto della salma **fino all'aeroporto internazionale del più vicino Paese raggiungibile**. La Struttura Organizzativa provvede all'adempimento di tutte le formalità, in conformità con le norme internazionali.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione:

- **le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per l'eventuale recupero della salma;**
- **le spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel suo Paese d'origine.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 10.000,00 euro per Sinistro.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;
b) in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;
c) in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
d) per dolo dell'Assicurato;
e) per intervento di Pubbliche Autorità.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Generali Italia fornisce le Prestazioni per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e fino a esaurimento del massimale indicato in ogni singola Prestazione, con i limiti previsti dalle singole Prestazioni.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazioni	Franchigia/Scoperto	Limite di Indennizzo
Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia	-	250,00 euro per sinistro 500,00 euro per annualità assicurativa
Invio di un infermiere al domicilio in Italia	-	Massimo 5 sedute
Rimpatrio salma	-	5.000,00 euro per Sinistro
Espatrio salma	-	10.000,00 euro per Sinistro

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività nella singola Prestazione.
Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le Prestazioni comunque **non operano** nei Paesi:

- che si trovano in stato di guerra dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi:
  - indicati nel sito https://www.redion.it/paesi-in-stato-di-belligeranza che riportano un grado di rischio uguale o

superiore a 4.0";
- quelli il cui stato di guerra è noto e del quale è stata data pubblica notizia;
- nei quali, al momento della denuncia di Sinistro o richiesta di assistenza, ci sono tumulti popolari;
- dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato **deve comunicare**:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.
Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[1]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE SU MISURA

Si compone di:

- **Servizi di prevenzione PLUS** (servizi di prevenzione e consulenza offerti da Generali Italia, anche per il tramite di Generali Welion S.c.a.r.l., delle Strutture mediche Convenzionate o da parte di società terze)
- **Prestazioni assistenza SU MISURA**

SERVIZI DI PREVENZIONE PLUS

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie

Che cosa è assicurato

Con il Servizio di Ricerca strutture sanitarie l'Assicurato può ricercare, tramite l'Area Clienti del sito www.cattolica.it o l'App MyCattolica, le Strutture sanitarie Convenzionate a lui più vicine e ottenere tutte le informazioni necessarie per mettersi in contatto (contatto telefonico, e-mail, orari di apertura).
In caso di combinazione con la formula Starbene Tutti compresi del Modulo SALUTE E B ENESSERE, gli Assicurati diversi dal Contraente possono accedere al servizio tramite il sito web Cattolica.it nella sezione Strutture sanitarie.

Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture odontoiatriche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.4 Servizio di consulto remoto

Che cosa è assicurato

In caso di necessità, l'Assicurato può usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica da remoto (telefono/video) che prevede:

a) informazioni medico sanitare su vaccinazioni,
b) parere medico immediato,
c) guida sanitaria on-line.

Di seguito gli aspetti dettaglio del servizio:

a. **Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni:**
servizio che in caso di necessità, consente all'Assicurato di mettersi in contatto con un medico appartenente a una delle Strutture mediche Convenzionate, che fornisce supporto informativo riguardo a:
- vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge Italiana (quali vaccini, modalità di somministrazione, calendario vaccinale);
- vaccinazioni consigliate in vista di viaggi e trasferte in altri paesi nel mondo (tempistiche, modalità di somministrazione);

b. **Parere medico immediato:**
servizio tramite il quale l'Assicurato, in caso di necessità, può mettersi in contatto con personale medico che fornisce le informazioni più opportune e i consigli richiesti.

c. **Guida sanitaria on-line:**
servizio di informazione sanitaria in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni).

L'Assicurato può richiedere i servizi di consulenza forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 572 572 (dall'estero +39 02 5824 0565) o tramite accesso diretto nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica (dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 22:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 14:00, esclusi i festivi). In seguito a verifica del diritto alla prestazione, l'Assicurato è messo in contatto con un medico della Centrale Operativa. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni mediche.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi dei servizi per un massimo di 3 consulti remoti per annualità assicurativa.

Art. 1.5 Second Opinion (consulto di alta specializzazione)

Che cosa è assicurato

In caso di necessità l'Assicurato può contattare la Centrale Operativa per chiedere un secondo parere medico di qualità a seguito di una diagnosi, o test diagnostici.
La second opinion è fornita, dalle Strutture mediche Convenzionate, nei seguenti ambiti:

- Oncologico,
- Cardiologico,
- Generalista.

L'Assicurato può richiedere il servizio Second Opinion fornito dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 572 572 (dall'estero +39 02 5824 0565) dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 14:00, esclusi i festivi. In seguito a verifica del diritto alla prestazione, l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione medica in suo possesso per una corretta erogazione del servizio.
Il servizio è offerto agli Assicurati di età superiore ai 15 anni.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi dei servizi per un solo secondo parere per annualità assicurativa.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare i servizi

I servizi di prevenzione possono essere attivati in modalità digitale (App MyCattolica e sito www.cattolica.it) oppure chiamando la Centrale Operativa ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

PRESTAZIONI ASSISTENZA SU MISURA

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Consulenza medica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare o il proprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa per chiedere una consulenza telefonica. **La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.2 Consulenza cardiologica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza cardiologica per valutare o lo stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico. **La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.3 Consulenza pediatrica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel reperire il proprio pediatra per una consulenza pediatrica urgente a seguito di malattia o Infortunio del proprio bambino, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.4 Consulenza ginecologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel reperire il proprio ginecologo per una consulenza ginecologica urgente, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurata è assistita telefonicamente dal ginecologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurata deve comunicare il motivo della sua richiesta e il recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.5 Consulenza neurologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel reperire il proprio neurologo per una consulenza neurologica urgente, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato è assistito telefonicamente dal medico neurologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e il recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di visita medica, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato uno dei medici convenzionati. Le spese sono a carico di Generali Italia. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.
La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di trasporto tramite autoambulanza, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi del trasporto fino a 250,00 euro per Sinistro e 500,00 euro per annualità assicurativa.

Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di assistenza infermieristica, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale, la Struttura Organizzativa invia un infermiere al domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 5 sedute.

Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di patologia riscontrata all'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia per cui è stato necessario il suo Ricovero in una struttura ospedaliera della Regione di residenza, se le condizioni dell'Assicurato - **accertate tramite contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante** - richiedono il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto **non curabili nella struttura ospedaliera della Regione di residenza**, la Struttura Organizzativa provvede a sue spese a:

- individuare e prenotare l'Istituto di cura in Italia ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 1.10 Rimpatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, solo se situato in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese per la cerimonia funebre e per l'eventuale recupero della salma.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.

Art. 1.11 Espatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in Italia per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma **fino all'aeroporto più vicino al luogo di sepoltura, nel suo Paese d'origine**. Se non è possibile raggiungere alcun aeroporto nel Paese d'origine, la Struttura Organizzativa provvede a organizzare il trasporto della salma **fino all'aeroporto internazionale del più vicino Paese raggiungibile**. La Struttura Organizzativa provvede all'adempimento di tutte le formalità, in conformità con le norme internazionali.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione:

- **le spese per la cerimonia funebre e per l'eventuale recupero della salma;**
- **le spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel suo Paese d'origine.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 10.000,00 euro per Sinistro.

Art. 1.12 Assistenza per cure fisioterapiche

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio, nella settimana successiva a un Ricovero in ospedale, per cui è necessario un fisioterapista a domicilio (in Italia) nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa procura direttamente un fisioterapista all'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico l'onorario del fisioterapista fino a un massimo di 5 sedute.

Art. 1.13 Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio sportivo, nella settimana successiva a un Ricovero in ospedale, per cui è necessario un fisioterapista a domicilio (in Italia) nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa procura direttamente un fisioterapista all'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 5 sedute.

Art. 1.14 Invio di un/una Colf

Che cosa è assicurato

In caso di impossibilità a lasciare il proprio domicilio (in Italia) nella settimana successiva a un Ricovero in ospedale a seguito di un Infortunio, la Struttura Organizzativa invia personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 8 ore.

Art. 1.15 Rientro anticipato

Che cosa è assicurato

Quando l'Assicurato si trova all'estero ed è costretto a rientrare alla propria residenza prima della data prevista a causa della morte (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del Ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita, del coniuge/persona unita civilmente/convivente di fatto[2], figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero o nuora, la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica. Le spese di viaggio sono a carico di Generali Italia.
L'Assicurato deve fornire entro 15 giorni dal Sinistro il certificato di morte e ogni altra documentazione utile richiesta.

Ci sono limiti di copertura

In caso di impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso tenendo a proprio carico il costo dei biglietti:

- **fino a un importo massimo di 200,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;**
- **fino a un importo massimo di 300,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'estero.**

Art. 1.16 Consulenza medica post infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare o il proprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di Infortunio sportivo, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa per una consulenza telefonica.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.17 Info sport in sicurezza

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di informazioni che riguardano la pratica sicura dell'attività sportiva, l'Assicurato contatta la Struttura Organizzativa per un consulto telefonico con uno specialista, che fornisce all'Assicurato le seguenti informazioni:

- indicazioni utili per la prevenzione degli infortuni sportivi;
- suggerimenti per la pratica di attività sportiva idonea in base all'età e alla condizione fisica.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;
b) in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;
c) in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
d) per dolo dell'Assicurato;
e) per intervento di Pubbliche Autorità.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Generali Italia fornisce le Prestazioni per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e fino a esaurimento del massimale indicato in ogni singola Prestazione, con i limiti previsti dalle singole Prestazioni.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazioni	Franchigia/Scoperto	Limite di Indennizzo
Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia	-	250,00 euro per sinistro 500,00 euro per annualità assicurativa
Invio di un infermiere al domicilio in Italia	-	Massimo 5 sedute
Rimpatrio salma	-	5.000,00 euro per Sinistro
Espatrio salma	-	10.000,00 euro per Sinistro
Assistenza per cure fisioterapiche	-	Massimo 5 sedute
Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo	-	Massimo 5 sedute
Invio di un/una Colf	-	Massimo 8 ore
Rientro anticipato	-	200,00 euro per rientro dall'Italia 300,00 euro per rientro dall'estero

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività nella singola Prestazione.
Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le Prestazioni comunque **non operano** nei Paesi:

- che si trovano in stato di guerra dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi:
  - indicati nel sito https://www.redion.it/paesi-in-stato-di-belligeranza che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0";
  - quelli il cui stato di guerra è noto e del quale è stata data pubblica notizia;
- nei quali, al momento della denuncia di Sinistro o richiesta di assistenza, ci sono tumulti popolari;
- dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le Prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato deve comunicare:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.
Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[3]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, 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.

---

[1] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.

[2] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

[6] Art. 1898 del Codice civile.

[3] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.

CONDIZIONI SPECIFICHE STARBENE SU MISURA

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Assicurati

Sono assicurate le persone indicate in Polizza per le Garanzie selezionate e le relative somme assicurate.

Il Contraente deve fornire agli Assicurati di cui comunica i dati per l'assunzione delle Garanzie, l'informativa privacy sul trattamento dei dati personali a fini contrattuali predisposta da Generali Italia e disponibile anche nel sito internet al seguente link: Contraenti, Assicurati, Beneficiari e Danneggiati (generali.it).

Art. 1.2 Rischi assicurati

La copertura assicurativa vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento della propria attività professionale indicata in Polizza o in contesto familiare e di vita privata, **non esclusi** nelle presenti norme.
La copertura assicurativa - per le specifiche Garanzie che lo prevedono - vale anche per le Malattie.
Le singole Garanzie operano per le somme assicurate o i Massimali, entro i limiti di Indennizzo e con l'applicazione delle Franchigie e degli Scoperti indicati in Polizza e negli articoli che seguono.

Art. 1.3 Ulteriori eventi indennizzabili

Nell'ambito dell'operatività delle Garanzie sono assicurati anche:

a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
b) l'assideramento e il congelamento;
c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita;
d) l'asfissia di origine non morbosa;
e) l'annegamento;
f) le conseguenze delle infezioni dovute a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **escluse in ogni caso le Malattie;**
g) le ustioni provocate da animali o da vegetali, gli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti **esclusa comunque la malaria;**
h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti necessari a seguito di Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;
i) le **ernie addominali da causa fortuita, violenta ed esterna** che risultano tecnicamente non operabili, per le quali Generali Italia può riconoscere un **grado di Invalidità permanente non superiore al 10%** ai fini della sola Garanzia Invalidità permanente da infortunio;
j) gli Infortuni che si verificano in conseguenza di imperizia, imprudenza e negligenza grave dell'Assicurato;
k) le Lesioni corporali che derivano da tumulti popolari, **solo se l'Assicurato non ha partecipato attivamente** agli stessi;
l) gli Infortuni subiti in stato di malore, incoscienza o vertigini;
m) le Lesioni muscolari, **esclusi comunque infarti e rotture sottocutanee di tendini;**
n) gli Infortuni che l'Assicurato subisce, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati;
o) gli Infortuni causati da Terremoto, eruzione vulcanica e Inondazione, **tranne quando l'Assicurato ha subìto l'Infortunio a seguito di tali eventi all'interno del Comune di residenza.**

Che cosa è assicurato? Garanzie base

IN AUTONOMIA

Art. 2.1 Invalidità permanente da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Invalidità permanente a seguito di Infortunio la Garanzia prevede un Indennizzo a favore dell'Assicurato.

Accertamento del grado

Il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle percentuali espresse nella tabella riportata al seguente paragrafo come **Tabella di determinazione, secondo i seguenti criteri:**

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali indicate nella tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità persa;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, Generali Italia riconosce una percentuale di Invalidità del 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato,le percentuali di tabella sono diminuite in base al grado di invalidità che deriva dalle precedenti lesioni o menomazioni anche se non conosciute;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si applicano all'arto sinistro e viceversa;
- il deficit visivo è valutato come risulta con correzione tollerata. Se rimane un residuo deficit visivo Generali Italia paga una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Se un singolo Infortunio interessa più arti o funzioni, l'invalidità complessiva è la somma delle singole invalidità, fino a raggiungere il grado massimo del 100%.

Tabella di determinazione

Il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle seguenti percentuali:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**DX**	**SX**
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
• un piede	40%	

• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno:	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi assoluta nasale:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12ª dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di Frattura di:	
• un metamero sacrale	3%
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'Invalidità permanente tiene conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Determinazione dell'Indennizzo
Per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per Invalidità permanente, per la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile indicata nella colonna "% indennizzabile", in corrispondenza della colonna "%IP accertata" della seguente tabella.

colonna 1	colonna 2	prosecuzione colonna 1	prosecuzione colonna 2
% IP accertata	**% IP indennizzabile**	**% IP accertata**	**% IP indennizzabile**
1	0	27	34
2	0	28	36
3	0	29	38
4	0	30	40
5	0	31	43

6	1	32	46
7	2	33	49
8	3	34	52
9	4	35	55
10	5	36	58
11	6	37	61
12	7	38	64
13	8	39	67
14	9	40	70
15	10	41	73
16	12	42	76
17	14	43	79
18	16	44	82
19	18	45	85
20	20	46	88
21	22	47	91
22	24	48	94
23	26	49	97
24	28	50-99	100
25	30	100	200
26	32		

Come si calcola l'Indennizzo?

ESEMPIO n. 1: se la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio è di 70.000,00 euro e il grado di IP accertata è del 5%, non è pagato alcun Indennizzo.

ESEMPIO n. 2: se la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio è di 70.000,00 euro e il grado di IP accertata è del 25%, è pagato un Indennizzo di 21.000,00 euro come di seguito calcolato:
70.000,00 *30% (%IP indennizzata indicata in tabella in corrispondenza della IP accertata al 25%) = 21.000,00 euro.

ESEMPIO n. 3: se la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio è di 70.000,00 euro e il grado di IP accertata è del 60%, è pagato un Indennizzo di 70.000,00 euro come di seguito calcolato:
70.000,00 *100% (%IP indennizzata indicata in tabella in corrispondenza della IP accertata al 60%) = 70.000,00 euro.

Art. 2.2 Rendita vitalizia da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di **Invalidità permanente di grado accertato superiore del 66% o superiore,** conseguente a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia - oltre a tutto quanto dovuto per contratto - emette a proprio carico un'apposita Polizza vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia rivalutabile di importo annuo della somma indicata in Polizza nella specifica sezione, al lordo di ritenuta fiscale.

IN ATTIVITÀ

Art. 2.3 Indennità giornaliera per ricovero da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero per Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di Ricovero.

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione. La Garanzia opera anche quando la degenza avviene in Day hospital o Day surgery.

Come opera la copertura

Generali Italia paga l'Indennizzo alla fine della degenza a seguito della presentazione della certificazione definitiva, in originale, che indica il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

In caso di Ricovero all'estero Generali Italia paga l'Indennizzo al rientro dell'Assicurato in Italia.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia paga l'indennità giornaliera per un numero massimo di 300 giorni di Ricovero per annualità assicurativa e per Sinistro.

In caso di Day hospital l'indennità è corrisposta al 50%.

Art. 2.4 Rimborso spese sanitarie da infortunio

Che cosa è assicurato

La Garanzia prevede il rimborso all'Assicurato delle seguenti spese mediche sostenute in conseguenza diretta di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **fino alla concorrenza, per annualità assicurativa, del Massimale indicato nella specifica sezione di Polizza**:

a) **durante il Ricovero** (o in caso di **Intervento chirurgico** anche ambulatoriale o in **Day surgery**) per:
   - onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
   - diritti di sala operatoria, materiale di Intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'Intervento;
   - rette di degenza;
   - assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
   - quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
   - trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

b) **dopo il Ricovero** (o in caso di **Intervento chirurgico** anche ambulatoriale o in **Day surgery**) per:
   - esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali avvenute **nei 180 giorni dopo la data di dimissione del primo Ricovero**; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, **sono escluse le spese sostenute per protesi dentarie;**
   - trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti **nei 180 giorni dopo la data di dimissione del primo Ricovero**.

     Ci sono limiti di copertura

     Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi Generali Italia rimborsa le spese con il limite del 30% della somma assicurata col massimo di 1.000,00 euro.

   Le prestazioni devono essere prescritte dal medico curante.

c) in assenza di Ricovero per:
   - esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali avvenute **nei 120 giorni dopo la data dell'Infortunio**; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, **sono escluse le spese sostenute per protesi dentarie;**
   - trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti **nei 120 giorni dopo la data dell'Infortunio**.

     Ci sono limiti di copertura

     Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi Generali Italia rimborsa le spese con il limite del 20% della somma assicurata col massimo di 1.000,00 euro.

   Le prestazioni devono essere prescritte dal medico curante.

Sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'Infortunio, per:

- primo acquisto di ogni tipo di protesi ortopedica e l'acquisto o noleggio **(per il periodo di un anno)** di carrozzelle ortopediche;
- cure e applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, con l'**esclusione delle protesi dentarie**) effettuate **entro 2 anni dall'Infortunio**, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'Infortunio stesso.

Ci sono limiti di copertura

La Garanzia opera con lo Scoperto del 10% col minimo di 200,00 euro per Sinistro, che coincide con l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio. Sono validi i limiti specifici indicati alle precedenti lettere b) e c).

Art. 2.5 Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di incapacità fisica totale dell'Assicurato di svolgere l'attività professionale indicata in Polizza nella specifica sezione, che deriva in via diretta ed esclusiva da Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia corrisponde **per ogni periodo di Inabilità temporanea di 90 giorni consecutivi, un Indennizzo del 25% della somma assicurata fino al massimo di 4 periodi di 90 giorni ciascuno.**

Come opera la copertura

L'Indennizzo dovuto è corrisposto alle seguenti condizioni:

- **trascorso il periodo di 90 giorni consecutivi,**
- **a seguito di presentazione della documentazione che prova l'Infortunio e l'inabilità.**

Come si calcola l'Indennizzo?

ESEMPIO: se la somma assicurata per la garanzia Pronto indenizzo per inabilità prolungata da Infortunio è di 16.000,00 euro, per i primi 90 giorni consecutivi di Inabilità temporanea è corrisposto un Indennizzo di 4.000,00 euro calcolato come segue:

16.000,00*25/100=4.000,00 euro.

per i successivi 90 giorni consecutivi di Inabilità temporanea è corrisposto un Indennizzo di 4.000,00 euro calcolato come segue:

16.000,00*25/100=4.000,00 euro

e così via fino a un massimo 4.000,00 euro per 4 periodi di 90 giorni:

4.000,00 euro*4 periodi=16.000,00 euro

Art. 2.6 Indennizzo forfettario per intervento chirurgico

Che cosa è assicurato

La Garanzia prevede un Indennizzo forfettario prefissato per gli Interventi chirurgici indicati nell'**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI** - **in regime di Ricovero o Day surgery** - per Malattia o Infortunio, che si verificano nel corso della validità della Garanzia.

L'ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI è riportato di seguito alle presenti Condizioni Specifiche.

A ogni Intervento è attribuita una "classe di intervento", come riportato nell'**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI**.

L'Indennizzo che spetta all'Assicurato corrisponde all'importo associato alla classe nella quale rientra l'intervento, come da tabella che segue:

Indennizzi in euro per Interventi chirurgici		
Classe di Intervento	**Somma assicurata: 25.000,00 euro**	**Somma assicurata: 50.000,00 euro**
I	750,00	1.000,00
II	1.250,00	1.750,00
III	2.000,00	3.000,00
IV	3.000,00	4.500,00
V	5.000,00	8.000,00
VI	10.000,00	15.000,00

VII	20.000,00	30.000,00

In caso di Intervento chirurgico non specificatamente previsto nell'**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI** la relativa classe di intervento è stabilita secondo il principio di analogia ed equivalenza con l'intervento contenuto nell'elenco più corrispondente al tipo di terapia e tecnica chirurgica seguita.

Come opera la copertura

Per identificare l'annualità di competenza del Sinistro, si fa riferimento alla data in cui l'Assicurato sostiene l'Intervento chirurgico.

La somma assicurata indicata in Polizza per questa Garanzia costituisce la **disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata**.

L'importo complessivo degli Indennizzi corrisposti nel corso dell'annualità assicurativa non può pertanto superare per persona la somma assicurata indicata nella specifica sezione di Polizza.

Ci sono limiti di copertura

In caso di più Interventi chirurgici sostenuti nel corso della stessa seduta operatoria Generali Italia indennizza un solo intervento corrispondente alla classe di intervento con importo maggiore.

In caso di più Interventi chirurgici per la stessa patologia, sullo stesso distretto anatomico o organo, sostenuti nel corso della stessa annualità assicurativa Generali Italia Indennizza solo il primo e il secondo intervento, ma quest'ultimo entro il limite del 50% dell'importo previsto in tabella.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia è soggetta ai Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

Art. 2.7 Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico

Che cosa è assicurato

In caso di Ricovero senza Intervento chirurgico per Malattia o Infortunio, Generali Italia corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di Ricovero.

L' indennità è aumentata del 50% nei seguenti casi:

- dal ventesimo giorno successivo a quello del Ricovero;
- se l'Istituto di cura si trova fuori dalla Regione di residenza dell'Assicurato.

Le due maggiorazioni non sono cumulabili tra di loro.

Ci sono limiti di copertura

Il numero massimo di giorni di Ricovero per cui Generali Italia paga l'indennità giornaliera, escluso quello di dimissione, è di 180 per annualità assicurativa e per Sinistro.

Quando comincia la copertura e quando finisce

DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La Garanzia è soggetta ai Termini di aspettativa indicati nella sezione Quando comincia la copertura e quando finisce?, articolo Termini di aspettativa, dove sono presenti anche alcuni esempi.

IN CONTINUITÀ

Art. 3.1 Morte da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di **infortunio indennizzabile** in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga la somma assicurata per la Garanzia Morte da infortunio ai Beneficiari indicati in Polizza.

Gli indennizzi per le Garanzie Morte da infortunio e Invalidità permanente da infortunio non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente in conseguenza dello stesso Infortunio, l'Assicurato muore, Generali Italia:

- paga ai Beneficiari la differenza tra l'Indennizzo già pagato e la somma assicurata indicata in Polizza per la Garanzia Morte da infortunio, se questa è superiore,
- non chiede il rimborso in caso contrario.

Se l'Assicurato scompare o non si ritrova e si presume che il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga la somma prevista per la Garanzia Morte da infortunio.
Il pagamento è effettuato trascorsi **180 giorni dalla presentazione dell'istanza** per la dichiarazione di morte presunta[4] **se nel frattempo non sono emersi elementi tali da rendere l'evento non indennizzabile.**

Se, dopo il pagamento, risulta che il decesso non si è verificato o che non è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile, Generali Italia ha diritto al rimborso dell'intera somma pagata per la Garanzia Morte da infortunio.
Tuttavia, se l'evento ha causato un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, e l'Assicurato ha subito un'Invalidità permanente, ha il diritto di chiederne l'accertamento.
Tale diritto può essere esercitato, anche agli effetti della prescrizione, dal momento in cui l'Assicurato **ricompare o ne è provata l'esistenza. Generali Italia paga all'Assicurato l'Indennizzo dovuto solo a condizione di aver ottenuto la restituzione della somma pagata ai Beneficiari per la Garanzia Morte da infortunio.**

Che cosa è assicurato? Garanzie accessorie

DEDICATO A TE

PACCHETTO PIÙ ACTIVE

Art. 4.1 Indennità per estinzione del mutuo o finanziamento per l'acquisto dell'abitazione di residenza

Che cosa è assicurato

La presente Garanzia opera in caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subìto dall'Assicurato se la sua abitazione o il relativo contenuto sono assicurati contro il rischio di danni da Incendio e altri eventi assimilati con una copertura assicurativa stipulata dall'Assicurato con Generali Italia prima della data dell'Infortunio.

Se dall'Infortunio è derivata un'incapacità totale e definitiva dell'Assicurato a svolgere la propria attività professionale indicata in Polizza, oltre a quanto dovuto in base alle Garanzie attivate, Generali Italia corrisponde all'Assicurato un'indennità aggiuntiva dell'ammontare complessivo delle **rate** dell'eventuale mutuo o finanziamento dallo stesso sottoscritto per l'acquisto dell'abitazione di residenza, **in scadenza nei 60 mesi successivi alla data dell'Infortunio.**

Verificatosi l'evento, la Garanzia cessa nei confronti dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

L'indennità aggiuntiva opera con il limite massimo di Indennizzo di 30.000,00 euro per Infortunio.

Art. 4.2 Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto da grave infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Invalidità permanente totale a seguito Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia rimborsa le **spese** anticipate dall'Assicurato **per**:

- **adeguare l'abitazione dove ha il proprio domicilio** per:
  - eliminare le barriere architettoniche in essa presenti (per esempio ampliamento porte, abbassamento maniglie);
  - strumentazioni tecnologiche e informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane (per esempio, serrande elettriche, sensori visivi);
  - ausili, attrezzature e arredi personalizzati per migliorare la fruibilità della propria abitazione (per esempio, letto reclinabile);
  - attrezzature tecnologiche per svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione domiciliare quando non è possibile svolgerle all'esterno, e per tutto ciò che risulta necessario a risolvere problemi di comunicazione, mobilità e autonomia (incluse soluzioni di domotica) dell'Assicurato, divenuto disabile;
- **rendere l'autovettura di proprietà idonea alla guida o al trasporto dei disabili.**

Ci sono limiti di copertura

Le spese per adeguare l'abitazione sono rimborsate col limite massimo di 30.000,00 euro.
Le spese per adeguare l'autovettura sono rimborsate col limite massimo di 5.000,00 euro.
Generali Italia rimborsa solo le spese che rimangono a carico dell'Assicurato al netto di quanto rimborsato da enti pubblici o per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili.
In caso di spese sostenute per un immobile in comproprietà, Generali Italia rimborsa solo le spese sostenute dall'Assicurato.

Come opera la copertura

L'Invalidità permanente deve essere accertata secondo i criteri di valutazione di cui all'articolo Invalidità permanente da infortunio.
Il rimborso delle spese avviene dopo la presentazione da parte dell'Assicurato di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi, come il progetto di un architetto e i preventivi e le fatture degli interventi effettuati.

Art. 4.3 Salvaguardia dei piani di investimento

Che cosa è assicurato

La presente Garanzia opera in caso di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa subìto dall'Assicurato che è già titolare al momento dell'evento di polizze di assicurazione sulla vita a premio annuo o unico ricorrente e di piani individuali di previdenza (P.I.P.) stipulate con Generali Italia.
In caso di incapacità totale e definitiva dell'Assicurato a svolgere la propria attività professionale indicata in Polizza, Generali Italia - oltre a quant'altro dovuto in base alle Garanzie attivate - emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a premio unico in favore dell'Assicurato per agevolare la prosecuzione di tali rapporti assicurativi.
Il premio relativo alla suddetta polizza è determinato dalla somma delle seguenti voci:

- ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze Vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;
- ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 mesi antecedenti la data dell'Infortunio stesso moltiplicato per 5.

Ci sono limiti di copertura

Il premio unico della polizza Vita stipulata da Generali Italia in favore dell'Assicurato non può superare i 30.000,00 euro.

PACCHETTO FAMIGLIA

Art. 4.4 Copertura speciale figli fino a 10 anni: Invalidità permanente da infortunio

Che cosa è assicurato

Generali Italia attiva gratuitamente la Garanzia Invalidità permanente da infortunio per una **somma di 25.000,00 euro** in favore di ciascun figlio minore di 10 anni indicato tra le persone assicurate in Polizza.
La Garanzia opera solo se è Assicurato con il presente contratto almeno un genitore o, in alternativa, l'eventuale convivente di fatto, come da certificato di Stato di famiglia.
L'Indennizzo è dovuto se il grado percentuale di Invalidità permanente accertato in base alla copertura assicurativa è superiore al 25%. Per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per la presente Garanzia per il grado percentuale di invalidità accertato.

Ci sono limiti di copertura

Nel caso di Invalidità permanente accertata in base ai criteri previsti dalla copertura assicurativa del 25% o inferiore, Generali Italia non paga alcun Indennizzo.

Art. 4.5 Copertura speciale figli fino a 10 anni: Rimborso spese sanitarie da infortunio

Che cosa è assicurato

Se risultano assicurati in Polizza entrambi i genitori o, in alternativa, uno dei genitori e l'eventuale convivente di fatto, come da certificato di Stato di Famiglia, Generali Italia garantisce gratuitamente il rimborso delle seguenti spese per Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, in favore dei figli minori di 10 anni indicati tra le persone assicurate in Polizza, **fino a concorrenza della somma assicurata di 5.000,00 euro** (per annualità assicurativa e per persona):

- onorari dei chirurghi e dell' équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di Intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'Intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici che riguardano il periodo di Ricovero o sostenuti durante il Day hospital o ambulatorio medico per l' Intervento chirurgico;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- trasporto dell' Assicurato in Istituto di cura e ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo;
- esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali avvenute **nei 90 giorni antecedenti e nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo Ricovero o dell'intervento se effettuato ambulatorialmente;** in relazione alle prestazioni odontoiatriche, **sono escluse le spese sostenute per protesi dentarie;**
- primo acquisto di protesi ortopedica, anche sostitutiva di parte anatomica, e acquisto o il noleggio (**per il periodo massimo di un anno**) di carrozzelle ortopediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti **nei 180 giorni successivi alla data dell'Intervento, se effettuato ambulatorialmente, o di dimissione del primo Ricovero.**

Ci sono limiti di copertura

Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi opera il limite del 20% della somma assicurata con il massimo di 750,00 euro.
Le spese devono essere sostenute in conseguenza diretta di un Infortunio per cui è stato necessario un Ricovero o un Intervento chirurgico effettuato anche in Day hospital o ambulatorio medico.

Art. 4.6 Cessazione delle Garanzie del Pacchetto Famiglia

Le Garanzie del Pacchetto Famiglia **cessano automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del decimo anno di età dell'Assicurato**. In ogni caso **le somme assicurate** per tali Garanzie **non sono soggette ad adeguamento.**

Che cosa NON è assicurato?

Art. 5.1 Persone non assicurabili

Non possono essere assicurate le persone che, al momento dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, risultano affette da alcolismo o tossicodipendenza.
Si precisa che:

- **Generali Italia, se informata dell'esistenza di una delle circostanze sopra indicate prima dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, non avrebbe acconsentito all'attivazione delle Garanzie stesse;**
- **Se durante il periodo di validità della Garanzia interviene una delle circostanze sopra indicate, il Contraente o l'Assicurato deve avvisare Cattolica Assicurazioni. In tal caso Cattolica Assicurazioni può recedere dal contratto con effetto immediato per aggravamento di Rischio[5]. L'eventuale recesso è comunicato da Cattolica Assicurazioni al Contraente per iscritto entro un mese dal giorno in cui Cattolica Assicurazioni ha ricevuto l'avviso o ha comunque conosciuto la causa di inassicurabilità.**

In ogni caso Generali Italia non è obbligata a corrispondere alcun Indennizzo.
Spettano a Generali Italia i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicato il recesso.

La copertura assicurativa non è prestata inoltre nei confronti di persone che, al momento dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, soffrono o hanno sofferto di una delle seguenti gravi patologie: ictus, infarto, diabete in terapia con insulina, Invalidità riconosciute per patologie a carattere evolutivo, patologie trattate con chirurgia cardiovascolare, osteoporosi, patologie artrosiche, paresi, sclerosi a placche.
Rimane fermo che se Generali Italia fosse stata a conoscenza dell'esistenza di una delle circostanze sopra indicate prima dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, non avrebbe acconsentito all'attivazione stessa e di conseguenza nessun Indennizzo è dovuto. In caso di diagnosi mentre le Garanzie sono in corso, la copertura assicurativa resta in vigore fino alla scadenza delle Garanzie stesse.

Art. 5.2 Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa delle Garanzie prestate con i pacchetti BASIC, COMFORT e TOP

- **gli Infortuni causati da:**
  - **a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta, se rinnova il documento entro 6 mesi o se il mancato rinnovo entro 6 mesi è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso)**;**
  - **b) abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;**
  - **c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;**
  - **d) guerra e insurrezione (**sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato sorpreso da tali eventi all'estero **nel limite di 14 giorni dopo l'inizio delle ostilità);**
  - **e) trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
  - **f) contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
  - **g) la pratica di qualsiasi attività sportiva professionale.** Per tale si intende un'attività sportiva svolta a titolo oneroso;
  - **h) azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di epilessia o di una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive;**
- **gli Infortuni accaduti:**
  - **i) alla guida o in qualità di personale di bordo di aeromobili in genere o in qualità di passeggero su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su aeromobili di aeroclub, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);**
  - **j) per attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore praticate a qualunque titolo;**
  - **k) in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione;** per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro**;**

- **gli Infortuni che derivano da:**
  - **l) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato anche in concorso;**
  - **m) uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti agli sport motoristici** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti in occasione di motoraduni o autoraduni)**;**
  - **n) partecipazione a corse e gare (e relative prove e allenamenti) che comportano uso di natanti a motore;**
  - **o) partecipazione a competizioni riconosciute o approvate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.) di calcio, calcio a 5 (e simili), sci e snow-board non estremi, ciclismo, sport equestri, hockey.**

Sono inoltre esclusi gli Infortuni:

- **p) subiti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti in Italia in tempo di pace);
- **q) conseguenti alla pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi titolo praticate: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala WW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite-surf, snow-kite, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, sport motoristici, sport estremi.**

Dalla copertura assicurativa delle Garanzie Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico, sono esclusi anche:

- **r) Interventi chirurgici e Ricoveri successivi alla data di scadenza o di cessazione anticipata per qualsiasi motivo della Garanzia, anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto, durante la validità della Garanzia;**
- **s) Interventi chirurgici e Ricoveri che sono conseguenza diretta di Infortuni, Malattie, stati patologici, Malformazioni, Difetti fisici conosciuti, curati o diagnosticati prima dell'attivazione delle Garanzie;**
- **t) parto fisiologico e interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
- **u) Interventi chirurgici e Ricoveri per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici;**
- **v) Interventi chirurgici per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio correzione di miopia e astigmatismo);**
- **w) Interventi chirurgici e Ricoveri connessi a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose, sindromi depressive o riferibili a esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;**
- **x) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;**
- **y) Interventi chirurgici e Ricoveri finalizzati al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e comunque quelli relativi alla fecondazione assistita e artificiale;**
- **z) prestazioni con finalità esclusivamente dietologiche o estetiche (**sono invece inclusi in garanzia gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di Infortunio o Malattia oncologica; per l'applicazione di **endoprotesi mammarie** sono comprese **solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione);**
- **aa) Interventi chirurgici e Ricoveri per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici preesistenti all'attivazione delle Garanzie (**sono invece inclusi in garanzia Interventi chirurgici e Ricoveri per deviazione del setto o della piramide nasale determinati da Infortunio con l'**obbligo di presentare certificazione** rilasciata da Pronto soccorso o esame radiografico che attesta la Frattura delle ossa nasali**);**
- **bb) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, in residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi, ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;**
- **cc) prestazioni non riconosciute dalle Autorità Internazionali o che non riguardano la cura della patologia o l'Infortunio che le ha determinate;**
- **dd) Ricoveri e Day hospital durante i quali sono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;**
- **ee) Ricoveri per stati vegetativi, Ricoveri per lunga degenza (determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e determinano la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento);**
- **ff) Interventi chirurgici per la rimozione di dispositivi impiantati per osteosintesi;**

gg) Interventi chirurgici ambulatoriali (sostenuti non in regime di Ricovero o Day surgery, anche se effettuati all'interno di Istituti di cura);

hh) Interventi chirurgici e Ricoveri connessi a conseguenze dirette e indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (sono invece inclusi in garanzia se le radiazioni sono utilizzate per terapie mediche necessarie per la cura di Malattie dell'Assicurato**);**

ii) Interventi chirurgici e Ricoveri connessi a conseguenze che derivano da guerra, insurrezione, terremoti, eruzioni vulcaniche;

jj) protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi preprotesici e di implantologia;

kk) Interventi chirurgici e Ricoveri correlati alla condizione di sieropositività da HIV, all'AIDS o a patologie alle stesse collegate.

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Limite di Indennizzo
Invalidità permanente da infortunio	5% fino a 15 punti percentuali	-	-
Copertura speciale figli fino a 10 anni: Invalidità permanente da infortunio	25%	-	-
Copertura speciale figli fino a 10 anni: Rimborso spese sanitarie da infortunio	-	-	Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi 20% della somma assicurata con il massimo di 750,00 euro.
Rendita vitalizia da infortunio	65%	-	-
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	-	-	300 giorni per Sinistro e annualità assicurativa
Rimborso spese sanitarie da Infortunio	-	10% col minimo di 200,00 euro per Sinistro	Post Ricovero per i trattamenti fisioterapici il rimborso opera con un limite del 30% della somma assicurata indicata in Polizza col massimo di 1.000,00 euro. In assenza di Ricovero per i trattamenti fisioterapici il rimborso opera con un limite del 20% della somma assicurata indicata in Polizza col massimo di 1.000,00 euro.
Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio	-	-	90 giorni consecutivi per periodo di inabilità.
Indennizzo forfettario per intervento chirurgico	-	-	-
Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico	-	-	180 giorni per Sinistro e annualità assicurativa
Morte da infortunio	-	-	-

Dove vale la copertura?

Art. 6.1 Dove operano le Garanzie

Le Garanzie operano in tutto il mondo.

Con quali condizioni operative assicuriamo?

CONDIZIONI OPERATIVE PER GLI INFORTUNI

Le Condizioni operative che seguono valgono per le Garanzie dei pacchetti BASIC, COMFORT e TOP

Art. 7.1 Criteri di indennizzabilità

Generali Italia paga l'Indennizzo convenuto solo per **le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio**, che risulta

indennizzabile in base alla copertura assicurativa.

Sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili:
- l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;
- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle Lesioni prodotte dall'Infortunio.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o Difetti fisici, l'Indennizzo per Invalidità permanente è corrisposto per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 7.2 Elenco attività professionali in garanzia

Le Garanzie dei pacchetti BASIC, COMFORT e TOP sono **attivabili solo se** l'Assicurato svolge una delle attività professionali indicate nel seguente elenco o che rientra nell'elenco stesso per analogia.

Abbattitore di piante/boscaiolo
Addetto alle pulizie
Addetto negozio senza attività di carico e scarico e senza uso di macchine
Agente e intermediario che operano nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
Agricoltore con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
Agricoltore senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
Albergatore/addetto al servizio alberghiero
Allenatore sportivo non giocatore
Allevatore di animali con uso di macchinari, con uso e guida di macchine agricole e guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
Allevatore di animali senza uso di macchinari e senza uso o guida di macchine agricole con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
Amministratore di beni
Analista chimico/biologo/addetto a centri di analisi mediche
Antennista
Antiquario
Appartenente al clero
Architetto con o senza accesso ai cantieri
Armaiolo con solo attività di vendita
Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
Artista di spettacolo (presentatore, musicista, direttore d'orchestra, regista, cantante, attore - escluse controfigure e stunt-men)
Artista di varietà/ballerino
Assistente sociale
Autista (esclusi taxisti) di veicoli in genere/guidatore di natanti
Avvocato
Badante/Colf/Collaboratore familiare/baby-sitter
Bambino/studente
Barbiere/Parrucchiere
Barcaiolo/gondoliere
Benestante senza altra attività professionale
Benzinaio, escluse attività di manutenzione e lavaggio
Benzinaio, incluse attività di manutenzione e lavaggio
Bidello

Calzolaio
Carabinieri (incluso ex Corpo Forestale)
Carpentiere
Casalinga senza altra attività professionale
Cavaiolo senza uso di mine
Commercialista e consulenti del lavoro
Commerciante (escluso ambulante): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t.
Commerciante (incluso addetto) di mobili, elettrodomestici e Hi-Fi, articoli igienico-sanitari con installazione/commerciante ambulante
Commesso viaggiatore con trasporto e consegna merce
Commesso viaggiatore senza trasporto e consegna merce
Conciaio
Confezionista/magliaio/addetto al settore tessile: con uso di macchine azionate da motore
Confezionista/magliaio/addetto al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore
Cuoco
Diplomatico/ambasciatore
Dirigente/impiegato/quadro
Disegnatore/grafico/pittore artistico
Elettricista senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione
Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)
Estetista/truccatore/callista/manicure/pedicure
Fabbro
Falegname
Farmacista
Fotografo/fotoreporter/cineoperatore
Geologo
Geometra con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
Geometra senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
Gestore (inclusi addetti e camerieri) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: esclusi cuochi e pizzaioli
Giardiniere/floricoltore con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso di macchine agricole
Giardiniere/vivaista: esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
Giornalista
Guardia di Finanza
Guardia notturna/giurata
Guardiacaccia/guardiapesca/guardia campestre e forestale
Guida turistiche
Idraulico
Imbianchino senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
Imprenditore che non prestano opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
Imprenditore che presta opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
Indossatore/trice e fotomodello/a
Infermiere, OSS, paramedico, ostetrica non a bordo di ambulanza
Ingegnere con o senza accesso ai cantieri
Insegnante con esercitazione di prove pratiche
Insegnante senza esercitazione di prove pratiche

Istruttore di scuola guida
Macellaio
Magazziniere
Magistrato
Marmista
Massaggiatore/fisioterapista
Meccanico/carrozziere/gommista/elettrauto e simili
Medico (esclusi radiologi)
Medico radiologo
Muratore
Notaio
Odontotecnico
Operaio (escluso muratore), anche con uso di macchine, ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
Operaio (escluso muratori, compresi elettricisti e imbianchini) con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
Operatore/addetto a centri elaborazione dati
Orafo/incisore
Orologiaio/gioielliere
Palombaro/sommozzatore
Panettiere/pasticciere con produzione
Panettiere/pasticciere senza produzione
Pellettiere
Pensionato
Perito
Pescatore/marinaio
Pizzaiolo
Politico/sindacalista
Polizia di Stato e Polizia Penitenziaria
Portiere/custode in genere
Postino
Restauratore con accesso a tetti, ponteggi, impalcature
Restauratore senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
Riparatore di elettrodomestici in genere (inclusi radio e TV senza Intervento su antenna)
Sarto
Scultore
Tappezziere
Taxista
Tipografo/litografo
Veterinario
Vetraio
Vetrinista
Vigili del fuoco
Vigili Urbani

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 8.1 Variazione della residenza

Il Contraente e l'Assicurato devono dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del Comune di residenza

che si verificano in corso di validità della Garanzia.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia può recedere per aggravamento di Rischio[6], con comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della variazione.

Quando e come devo pagare?

Art. 9.1 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali

Fermo quanto previsto nella SEZIONE NORME COMUNI DEL PRODOTTO con riferimento a pagamento del Premio, decorrenza delle Garanzie e mezzi di pagamento del Premio, a ogni scadenza annuale del Premio, per tutte le Garanzie attivate del presente Modulo, escluse le Garanzie Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico, è previsto l'adeguamento dell'**1,5%** di Somme assicurate/Massimali e del Premio rispetto all'annualità assicurativa precedente.
L'adeguamento si applica solo **se previsto in Polizza.**

L'adeguamento è sempre escluso per le Garanzie:
- **Prevenzione e Assistenza;**
- **Pronto Avvocato**

Non sono soggetti ad adeguamento:
- **Franchigie espresse in cifra assoluta,**
- **somme che determinano scaglioni di Franchigia,**
- **minimi e massimi di Scoperto,**
- **tutti i valori espressi in percentuale,**
- **limiti di Indennizzo.**

Art. 9.2 Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato

A ogni scadenza annuale del Premio, per le Garanzie Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico - se presenti in Polizza - è previsto l'aumento del Premio dell'**1,5%** rispetto all'annualità assicurativa precedente, in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 10.1 Durata delle Garanzie attivate

Le Garanzie attivate hanno la durata indicata in Polizza per ciascuna di esse

Art. 10.2 Attivazione e disattivazione delle Garanzie accessorie

Il presente Modulo prevede Garanzie base e Garanzie accessorie. **Le Garanzie accessorie sono attivabili solo se sono attive le Garanzie base**. Le Garanzie accessorie possono essere disattivate autonomamente dalle Garanzie base.

Art. 10.3 Termini di aspettativa

Le Garanzie Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico sono soggette alla decorrenza di Termini di aspettativa durante i quali, in tutto o in parte, non operano.

Tali Garanzie hanno effetto:
- **Per gli Infortuni:**
  - **dalle ore 24 del giorno di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**
- **Per le Malattie:**

- **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
- **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

- **<u>Per le Malattie che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e Malformazioni presenti prima dell'attivazione della Garanzia, non conosciute o non diagnosticate al momento dell'attivazione della stessa o conosciute e dichiarate a Generali Italia:</u>**
  - **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di attivazione della Garanzia indicato in Polizza se a tale data il Premio è stato pagato;**
  - **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello del pagamento del Premio o della prima rata di Premio se il pagamento è successivo alla data di attivazione.**

Come si calcolano i Termini di aspettativa?

<u>ESEMPIO 1</u>:
Se la data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza è il 1° agosto e il Premio è pagato il 30 luglio (dello stesso anno), tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 agosto (giorno successivo alla data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza con Premio pagato entro tale data).

<u>ESEMPIO 2</u>:
Se la data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza è il 1° agosto e il Premio è pagato il 1° settembre (dello stesso anno), tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 settembre (giorno successivo a quello del pagamento del Premio).

Se il presente contratto sostituisce senza interruzione un altro contratto che riguarda gli stessi Assicurati e nel quale sono già prestate le Garanzie Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico, i Termini di aspettativa di cui sopra operano:

- **<u>per le prestazioni e le somme già previste nel contratto sostituito</u>, dalle ore 24 del giorno di effetto indicato nel contratto sostituito o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio;**
- **<u>per le maggiori somme e le diverse prestazioni previste in questo contratto</u>, dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza come data di attivazione della Garanzia o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio.**

Come si calcolano i Termini di aspettativa?

<u>ESEMPIO 1</u>:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2023 – data scadenza 1° gennaio 2025
Alla data di scadenza 1° gennaio 2025 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e mantengo le Garanzie con le stesse somme assicurate già presenti sulla Polizza in scadenza.
Tutti i Termini di aspettativa per tali Garanzie sono già decorsi durante la validità della Polizza precedente (sostituita) e quindi non sono conteggiati sulla nuova Polizza.

<u>ESEMPIO 2</u>:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2024 – data scadenza 1° gennaio 2025 - Premio pagato il 1° gennaio 2024.
In data 30 marzo 2024 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e mantengo le Garanzie con le stesse somme assicurate già presenti sulla Polizza precedente (sostituita).
Tutti i Termini di aspettativa previsti per le Garanzie sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2024, giorno successivo al pagamento del Premio della Polizza precedente (sostituita).

<u>ESEMPIO 3</u>:
Polizza precedente (sostituita): data decorrenza 1° gennaio 2024 – data scadenza 1° gennaio 2025
Alla data di scadenza del 1° gennaio 2025 sostituisco la Polizza con altra che decorre dalla stessa data e nella quale attivo la Garanzie, non presenti sulla Polizza precedente (sostituita), e nella stessa data pago il Premio della nuova Polizza (sostituente).
Tutti i Termini di aspettativa previsti per le nuove Garanzie attivate sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2025, giorno successivo al pagamento del Premio della nuova Polizza.

In caso di variazioni intervenute nel corso del periodo assicurativo, per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate, i Termini di aspettativa decorrono dalle ore 24 del giorno di effetto della variazione indicato in Polizza o, se successivo, dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio relativo alla variazione.

Se il Premio o le successive rate di Premio sono pagati con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i Termini di aspettativa di cui sopra decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno del pagamento.

ESEMPIO
Polizza con data decorrenza 1° gennaio 2024 e data scadenza 1° gennaio 2029 con pagamento annuale del Premio.
Il Premio per la prima annualità è pagato il 30 dicembre 2023: tutti i Termini di aspettativa sono conteggiati a partire dal 2 gennaio 2024 (giorno successivo alla data di attivazione della Garanzia indicata in Polizza).
Se il Premio per la seconda annualià è pagato il 30 maggio 2025 (oltre 90 giorni dopo la sua scadenza), i Termini di aspettativa decorrono nuovamente dalle ore 24 del 31 maggio 2025 (giorno successivo alla data del pagamento del Premio per la seconda annualità).

Come posso disdire le Garanzie?

Art. 11.1 Disdetta e proroga delle Garanzie attivate

Se non è diversamente indicato in Polizza, **alla scadenza, la durata delle Garanzie attivate è prorogata per un anno e così successivamente.** In tal caso, il Contraente o Generali Italia possono impedire la tacita proroga comunicando la disdetta nei termini e con le modalità indicate nelle Condizioni Generali del Contratto di assicurazione Active Protezione riportate nella SEZIONE NORME COMUNI DEL PRODOTTO, **nel rispetto dei vincoli di interdipendenza tra le Garanzie**.
Le Garanzie Prevenzione e Assistenza sono prestate in abbinamento alle altre Garanzie del Modulo e cessano al cessare di queste. Pertanto:

- **non è prevista la facoltà del Contraente di esercitare direttamente disdetta esclusivamente per tali Garanzie;**
- **la cessazione delle altre Garanzie del Modulo avvenuta a seguito di disdetta comporta la disattivazione anche delle Garanzie di Prevenzione e Assistenza e quindi dell'intero Modulo.**

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta **per iscritto** dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per loro conto, **entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità.**
Il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta.
La denuncia di Infortunio deve essere presentata presso l'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia.
L'Assicurato o i suoi familiari, devono consentire a Generali Italia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, che devono essere eseguiti in Italia.
Se l'Infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, **Generali Italia deve essere immediatamente avvisata.**
L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo[7]**.**

Art. 1.2 Denuncia dell'intervento o del ricovero

La denuncia dell'intervento o del Ricovero deve essere fatta **per iscritto** dall'Assicurato **entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione** con la necessaria documentazione medica, inclusa Cartella clinica completa in copia conforme all'originale, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia e a indagini, valutazioni e accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo.

Art. 1.3 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la documentazione necessaria per la verifica del diritto all'Indennizzo e per la sua quantificazione secondo le presenti Condizioni Specifiche, Generali Italia procede:
- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

Il pagamento o la comunicazione sono effettuati **entro trenta (30) giorni:**

- dal ricevimento della documentazione completa, o
- dalla conclusione dell'eventuale procedura di accertamento, con atto di pagamento o verbale di perizia, promossa secondo quanto previsto dalle presenti Condizioni Specifiche.

Sono validi **eventuali diversi termini e condizioni previsti per specifiche Garanzie.**
Generali Italia procede comunque al pagamento delle eventuali somme non contestate.

Art. 1.4 Modalità di pagamento Rimborso spese sanitarie
Il rimborso avviene a cure ultimate e dopo la presentazione da parte dell'Assicurato di regolare documentazione giustificativa in originale.
Per ottenere il rimborso delle spese **è necessario presentare i documenti originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute quietanzate**, fatto salvo lo Scoperto previsto in Polizza.
Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, Generali Italia paga quanto dovuto in base alla Garanzia Rimborso spese mediche da infortunio, dopo avere ricevuto copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 1.5 Controversie - Perizia contrattuale

In caso di controversie di natura medica, le parti possono demandare la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti.
In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici nominano un terzo medico, con il consenso delle parti.

Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su richiesta di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Il Terzo Medico interviene **solo in caso di disaccordo** e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza e sono **vincolanti per le parti**.
Ciascun medico può farsi assistere da altri medici e specialisti, i quali possono intervenire nella perizia, senza però avere alcun voto deliberativo.
Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico e dei professionisti nominati dal proprio medico che hanno collaborato alla perizia. Le spese e competenze del terzo medico sono ripartite a metà tra l'Assicurato e Generali Italia.
I risultati delle operazioni peritali sono raccolti in un verbale redatto in doppio esemplare, uno per l'Assicurato e uno per Generali Italia.

Art. 1.6 Rinuncia all'azione di rivalsa

Generali Italia **rinuncia al proprio diritto di surroga**[8] verso gli eventuali responsabili del danno indennizzato, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, che possono far valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili.

Come posso disdire le Garanzie?

Art. 2.1 Recesso in caso di sinistro

Il **Contraente o Generali Italia** possono **recedere, a seguito della denuncia di ogni Sinistro** relativo alle Garanzie attivate con il presente Modulo, nei limiti e con gli effetti di seguito previsti.

1. Se sono state attivate le **Garanzie malattie Indennizzo forfettario per intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico**, la facoltà di recesso **non può essere esercitata da nessuna delle due parti** in relazione a Sinistri relativi alle stesse.

2. Se sono state attivate una o più delle Garanzie di seguito elencate, la facoltà di recesso può essere esercitata **da entrambe le parti per tutta la durata delle stesse** a seguito di ogni denuncia di Sinistro a esse relativo.
   Elenco delle Garanzie:
   - Invalidità permanente da infortunio
   - Rendita vitalizia da infortunio
   - Indennità giornaliera per ricovero da infortunio
   - Morte da infortunio
   - Rimborso spese sanitarie da infortunio
   - Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

   In tal caso:
   - se a recedere è il **Contraente**, il recesso ha effetto **per tutte le Garanzie previste dal Modulo;**
   - se a recedere è **Generali Italia**, se presenti le **Garanzie Indennizzo forfettario per Intervento chirurgico e Indennità giornaliera per ricovero senza Intervento chirurgico,** queste **rimangono attive** per la loro durata residua; Il **Contraente** ha comunque **facoltà di esercitare il recesso anche da tali Garanzie,** con comunicazione a Generali Italia tramite lettera raccomandata o Posta Elettronica Certificata inviata **entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso per Sinistro di Generali Italia. In tal caso, tutte le Garanzie del Modulo cessano decorsi 30 giorni da quello del ricevimento da parte del Contraente della comunicazione di recesso inviata da Generali Italia.**

Il recesso per Sinistro può essere esercitato dopo ogni Sinistro denunciato in base al contratto e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo e:
- **deve essere comunicato** per iscritto tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o Posta Elettronica Certificata;
- se è esercitato dal **Contraente** ha efficacia dalla data di **ricevimento della comunicazione;**
- se è esercitato **da Generali Italia** ha efficacia dopo **30 giorni da quello di ricevimento** della comunicazione stessa.

In tutti i casi di recesso, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia dello stesso, Generali Italia rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.
Il pagamento o la riscossione dei Premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro o qualunque altro atto delle parti non possono essere interpretati come loro rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso.
Non è prevista la facoltà del Contraente o di Generali Italia di recedere per Sinistro che riguarda solo la Garanzia

Prevenzione e Assistenza.

[4] Artt. 60 e 62 del Codice civile.

[5] Art. 1898 del Codice civile.

[6] Art. 1898 del Codice civile.

[7] Art. 1915 del Codice civile.

[8] Art. 1916 del Codice civile.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

L'elenco degli Interventi chirurgici si riferisce alla **Garanzia Indennizzo forfettario per intervento chirurgico**.

Per facilitare la consultazione dell'elenco e l'individuazione della classe associata a ciascun intervento chirurgico sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo o apparato, e, all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato è quello previsto dalla classificazione ICD9-CM riconosciuto e pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

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

Interventi sul sistema nervoso (01-05)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Puntura transcranica, trapanazione per drenaggio ventricolare	0101	Puntura delle cisterne	III
	0102	Puntura ventricolare mediante catetere già impiantato	
	0109	Altra puntura del cranio	
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico)	0124	Altra craniotomia	IV
	0125	Altra craniectomia	
Interventi sul talamo e sul globo pallido	014	Interventi sul talamo e sul globo pallido	V
Emisferectomia	0152	Emisferectomia	VII
Lobectomia cerebrale	0153	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)	VI
Lobotomia e trattotomia	0132	Lobotomia e trattotomia	V
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali	0131	Incisione delle meningi cerebrali	VI
	0139	Altre incisioni cerebrali	
	0151	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali	
	021	Trattamento di lesione delle meningi cerebrali	
	029	Altri interventi su cranio, cervello e meningi cerebrali	
	0159	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale	
	016	Asportazione di lesioni del cranio	
Ventricolostomia e posizionamento, sostituzione, rimozione o revisione di shunt ventricolare	022	Ventricolostomia	IV
	0231	Anastomosi fra ventricolo e strutture della testa e del collo	
	0232	Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio	
	0233	Anastomosi fra ventricolo e cavità toracica	
	0234	Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi	
	0235	Anastomosi fra ventricolo ed apparato urinario	
	0239	Altri interventi per il drenaggio ventricolare	
	0242	Sostituzione di anastomosi ventricolare	
	0243	Rimozione di anastomosi ventricolare	
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore intracranico	0293	Impianto di neurostimolatore intracranico	III
	0122	Rimozione di neurostimolatore intracranico	
Applicazione, sostituzione o rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo	0294	Applicazione o sostituzione di trazione transcranica o dispositivo di halo	I
	0295	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo	
Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici	0492	Impianto o sostituzione di neurostimolatore dei nervi periferici	II
Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	0493	Rimozione di neurostimolatore dei nervi periferici	I
Esplorazione e decompressione di strutture del canale vertebrale (laminectomia per decompressione di radice, laminotomia, foraminotoma)	0302	Riapertura di pregressa laminectomia	IV
	0309	Altra esplorazione e decompressione del canale vertebrale	
Cordotomia e rizotomia	0329	Altra cordotomia	III
Cordotomia percutanea (stereotassica)	0321	Cordotomia percutanea	IV
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo	034	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali	V
	0359	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale	
	036	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi	
Riaparzione di fratture vertebrali	0353	Riparazione di fratture vertebrali	IV
Creazione, revisione e rimozione di shunt spinale	0379	Altro anastomosi spinale	II
	0397	Revisione di anastomosi spinale	
	0398	Rimozione di anastomosi spinale	
Creazione di shunt subaracnoideo-peritoneale	0371	Anastomosi spinale subaracnoideo-peritoneale	IV
o subaracnoideo-ureterale	0372	Anastomosi spinale subaracnoideo ureterale	

Interventi sul sistema nervoso (01-05)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Impianto, sostituzione o rimozione di neurostimolatore spinale	0393	Collocazione o sostituzione di neurostimolatore spinale	II
	0394	Rimozione di neurostimolatore spinale	
Altri interventi su midollo spinale e canale vertebrale	0399	Altri interventi sul midollo spinale e sulle strutture del canale vertebrale	IV
Sezione ed asportazione di nervi cranici e periferici (escluso neurectomia	0404	Altra incisione dei nervi cranici e periferici	V
otticociliare, gangliectomia simpatica, neurinoma acustico e neurotomia del trigemino)	0407	Altra resezione o asportazione dei nervi cranici e periferici	
Asportazione neuroma acustico mediante craniotomia	0401	Asportazione di neuroma acustico	III
Sezione trigemino retrogasseriana; decompressione radici trigemino	0402	Sezione del nervo trigemino	III
	0441	Decompressione delle radici del trigemino	
Gangliectomia di nervo cranico o periferico	0405	Gangliectomia del ganglio di Gasser	V
	0406	Altre gangliectomie di nervi cranici o periferici	
Sezione di nervo o ganglio simpatico, simpaticectomia	0529	Altre simpatectomie e gangliectomie	V
Demolizione nervi cranici o periferici	042	Demolizione di nervi cranici e periferici	V
Sutura di nervi cranici e periferici (esclusi nervi simpatici)nervi cranici o periferici	043	Suture dei nervi cranici e periferici	V
Sutura di nervi o gangli simpatici	058	Altri interventi su nervi o su gangli simpatici	V
Separazione aderenze e decompressione nervi	0442	Altra decompressione di nervi cranici	V
cranici e periferici (escluso trigemino, tunnel carpale e tarsale)	0449	Altre decompressioni dei nervi periferici e dei gangli, o separazione di aderenze	
Liberazione tunnel carpale o tarsale	0443	Liberazione del tunnel carpale	II
	0444	Liberazione del tunnel tarsale	
Innesto o trapianto di nervo	045	Innesto di nervi cranici o periferici	III
	046	Trasposizione di nervi cranici e periferici	
Neuroplastica cranica o periferica	0499	Altri interventi sui nervi cranici e periferici	IV

Interventi sul sistema endocrino (06-07)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esplorazione e drenaggio della regione tiroidea, compresa asportazione di corpo estraneo	0601	Aspirazione nella regione tiroidea	I
	0602	Riapertura di ferita della regione tiroidea	
	0609	Altra incisione della regione tiroidea	
Tiroidectomia e/o paratiroidectomia parziali e altri interventi su tiroide e/o paratiroidi	062	Lobectomia monolaterale della tiroide	III
	0631	Asportazione di lesione della tiroide	
	0639	Altra tiroidectomia parziale	
	067	Asportazione del tratto o dotto tireoglosso	
	0689	Altra paratiroidectomia	
	0698	Altri interventi sulla tiroide	
Tiroidectomia completa	064	Tiroidectomia completa	V
Paratiroidectomia completa	0681	Paratiroidectomia completa	IV
Tiroidectomia retrosternale (completa o parziale)	0651	Tiroidectomia retrosternale parziale	V
	0652	Tiroidectomia retrosternale completa	
Surrenectomia monolaterale o parziale e altri interventi sul surrene	0722	Surrenectomia monolaterale	V
	0729	Altra surrenectomia parziale	
	0741	Incisione delle ghiandole surrenali	
	0742	Sezione di nervi afferenti alle ghiandole surrenaliche	
	0743	Legatura di vasi delle ghiandole surrenali	
	0744	Riparazione delle ghiandole surrenali	
	0745	Reimpianto delle ghiandole surrenali	
	0749	Altri interventi su nervi, vasi e ghiandole surrenali	
Surrenectomia bilaterale	073	Surrenectomia bilaterale	V

Interventi sul sistema endocrino (06-07)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi su ghiandola pineale ed ipofisi	0754	Asportazione della ghiandola pineale	V
	0761	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-frontale	
	0762	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via trans-sfenoidale	
	0763	Asportazione parziale dell'ipofisi, per via non specificata	
	0764	Asportazione totale dell'ipofisi per via trans-frontale	
	0765	Asportazione totale dell'ipofisi per via trans-sfenoidale	
	0768	Asportazione totale dell'ipofisi, per altra via specificata	
	0769	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	
Asportazione (completa o parziale) ed altri interventi sul timo	0782	Asportazione totale del timo	IV
	0793	Riparazione del timo	

Interventi sull'occhio (08-16)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sulla palpebra, correzioni ed asportazioni di lesioni	0820		I
	0822	Asportazione di altra piccola lesione della palpebra	
	0823	Asportazione di lesione estesa della palpebra non a tutto spessore	
Asportazione di calazio e blefarorrafia	0821	Asportazione di calazio	I
Asportazione di lesione, a tutto spessore, entropion\ectropion, blefaroptosi	0824	Asportazione di lesione estesa della palpebra, a tutto spessore	II
	0833	Correzione di blefaroptosi con resezione o avanzamento del muscolo elevatore o sua aponeurosi	
	0836	Correzione di blefaroptosi con altre tecniche	
	0843	Riparazione di entropion o ectropion con resezione cuneiforme	
	0849	Altra riparazione di entropion o ectropion	
Specillazione di vie lacrimali	0943	Specillazione del dotto naso-lacrimale	I
	0942	Specillazione dei canalicoli lacrimali	
Interventi sulle vie lacrimali	0923	Dacrioadenectomia totale	II
	0944	Intubazione del dotto naso-lacrimale	
	0959	Altra incisione delle vie lacrimali	
	096	Asportazione del sacco e delle vie lacrimali	
	0981	Dacriocistorinostomia	
	0999	Altri interventi sull'apparato lacrimale	
Interventi sulla congiuntiva	1031	Asportazione di lesione o tessuto della congiuntiva	
	1049	Altra congiuntivo plastica	
Interventi sulla cornea e rimozione di corpi estranei	1149	Altra rimozione o demolizione di lesione della cornea	I
Asportazione o trasposizione pterigium, riparazione della cornea	1131	Trasposizione dello pterygium	I
	1139	Altra asportazione dello pterygium	
	1151	Sutura di ferita corneale	
	1159	Altra riparazione della cornea	
Trapianto corneale e cheratoplastica	1160	Trapianto di cornea, non altrimenti specificato	III
	1164	Altra cheratoplastica perforante omologa	
Rimozione corpo estraneo anteriore, iridotomia, iridectomia	1200	Rimozione di corpo estraneo intraoculare dal segmento anteriore dell'occhio, SAI	II
	1212	Altra iridotomia	
	1214	Altra iridectomia	
Iridoplastica,goniopuntura, goniotomia, trabeculectomia, fistolizzazione della sclera	1239	Altra iridoplastica	I
	1259	Altri interventi per facilitare la circolazione intraoculare	
	1264	Trabeculectomia ab externo	
	1169	Altri interventi di fistolizzazione della sclera	
Ciclodiatermia e ciclocrioterapia	1271	Ciclodiatermia	I
	1272	Ciclocrioterapia	
Altri interventi sulla sclera	1273	Ciclofotocoagulazione	II
	1279	Altri interventi per glaucoma	
	1289	Altri interventi sulla sclera	
	1441	Piombaggio sclerale con impianto	
	1449	Altre indentazioni sclerali	
Altri interventi sull'iride, sul corpo ciliare e sulla camera anteriore	129	Altri interventi sull'iride, sul corpo ciliare e sulla camera anteriore	III

Interventi sull'occhio (08-16)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sul cristallino, comprensivi di asportazione di corpo estraneo con impianto di cristallino, capsulotomia, rimozione cristallino impiantato	1300	Rimozione di corpo estraneo dal cristallino, SAI	III
	1319	Altra estrazione intracapsulare del cristallino	
	132	Estrazione extracapsulare della cataratta con tecnica di estrazione lineare	
	133	Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di aspirazione semplice (e di irrigazione)	
	1341	Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta	
	1342	Facoframmentazione ed aspirazione di cataratta per via pars plana	
	1343	Facoframmentazione meccanica ed aspirazione della cataratta	
	1351	Estrazione extracapsulare del cristallino	
	1359	Altra estrazione extracapsulare del cristallino	
	1370	Inserzione di cristallino artificiale, SAI	
	139	Altri interventi sul cristallino	
	1364	Capsulotomia con YAG-laser dopo estrazione di cataratta	
	1371	Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea	
	1372	Impianto secondario di cristallino artificiale	
	138	Rimozione di cristallino impiantato	
Fotocoagulazione della retina	1424	Fotocoagulazione di lesione corioretinica con laser	I
	1434	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)	
Interventi sulla retina e sulle sue componenti anatomiche comprensivi di interventi sulla camera posteriore	1429	Altro trattamento di lesione corioretinica	II
	1454	Riparazione di distacco retinico mediante fotocoagulazione laser	
	1459	Altra riparazione di distacco retinico	
	146	Rimozione dal segmento posteriore dell'occhio di materiale impiantato chirurgicamente	
Altri interventi sul corpo vitreo, retina e camera posteriore	1471	Vitrectomia per via anteriore (limbare)	III
	1472	Altra rimozione del corpo vitreo	
	1474	Altra vitrectomia meccanica	
	1479	Altri interventi sul corpo vitreo	
Altri interventi su retina, coroide e camera posteriore	149	Altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore	II
Interventi sulle strutture muscolo tendinee dell'occhio	1511	Arretramento di un muscolo extraoculare	II
	1513	Resezione di un muscolo extraoculare	
	153	Interventi su due o più muscoli extraoculari che richiedono distacco temporaneo dal bulbo, uno o entrambi gli occhi	
Orbitotomia	1601	Orbitotomia con lembo osseo	IV
Eviscerazione e rimozione di contenuti del bulbo oculare	163	Eviscerazione del bulbo oculare	II
Enucleazione ed altre procedure interventistiche correlate ad enucleazione del bulbo	1659	Altra eviscerazione dei contenuti dell'orbita	III
Interventi correlati a precedenti interventi sul bulbo oculare	1669	Altri interventi secondari dopo rimozione di bulbo oculare	II
Interventi di riparazione di lesioni del bulbo oculare e dell'orbita	1689	Altra riparazione di lesione del bulbo oculare o dell'orbita	II
Altri interventi sull'orbita	1698	Altri interventi sull'orbita	II

Interventi sull'orecchio (18-20)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione lesione orecchio esterno, incisione ed altri piccoli interventi sull'orecchio esterno	1829	Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno	I
Ricostruzione canale uditivo e padiglione auricolare	1871	Ricostruzione di padiglione auricolare	IV
Stapedectomia, miringoplastica, timpanoplastica	1911	Stapedectomia con sostituzione dell'incudine	IV
	1919	Altra stapedectomia	
	194	Miringoplastica	
	1952	Timpanoplastica di tipo II	
	1953	Timpanoplastica di tipo III	
	1954	Timpanoplastica di tipo IV	
	196	Revisione di timpanoplastica	
Miringotomia e mobilizzazione della staffa	2001	Miringotomia con inserzione di tubo	I
	2009	Altra miringotomia	

Interventi sull'orecchio (18-20)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Mastoidectomia, altri interventi sull'orecchio medio	193	Altri interventi sulla catena degli ossicini	III
	2021	Incisione della mastoide	
	2041	Mastoidectomia semplice	
	2042	Mastoidectomia radicale	
	2049	Altra mastoidectomia	
	2091	Timpanosimpatectomia	
	2092	Revisione di mastoidectomia	
Interventi sull'orecchio interno	207	Incisione, asportazione e demolizione dell'orecchio interno	IV
Impianto apparecchio acustico elettromagnetico	2098	Impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare, canale multiplo	III

Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi sul naso \ riduzione frattura nasale	2130	Asportazione o demolizione di lesione del naso, SAI	II
	2171	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto	
	2172	Riduzione aperta di frattura nasale a cielo aperto	
Altri interventi sul naso	2161	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia	I
	2162	Frattura dei turbinati	
	2169	Altra turbinectomia	
Interventi sui seni nasali e mascellari	222	Antrotomia intranasale	III
	2231	Antrotomia mascellare radicale	
	2261	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	
	2262	Asportazione di lesione del seno mascellare con altro approccio	
	2263	Etmoidectomia	
	2264	Sfenoidectomia	
Glossectomia \ glossoplastica	251	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto della lingua	II
	252	Glossectomia parziale	
	2559	Altri interventi di riparazione e plastica sulla lingua	
	259	Altri interventi sulla lingua	
Interventi sulle ghiandole salivari	2629	Altra asportazione di lesione di ghiandola salivare	II
	2630	Scialoadenectomia, SAI	
	2631	Scialoadenectomia parziale	
	2632	Scialoadenectomia completa	
	2699	Altri interventi su ghiandole o dotti salivari	
Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca	270	Drenaggio della faccia e del pavimento della bocca	I
Interventi di sutura o incisione sulle strutture del cavo orale	2761	Sutura di lacerazione del palato	I
	2791	Frenulotomia labiale	
Interventi sul palato\altri interventi sulla bocca	2731	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del palato osseo	II
	2742	Ampia asportazione di lesione del labbro	
	2743	Altra asportazione di lesione o tessuto del labbro	
	2749	Altra asportazione della bocca	
	2759	Altra riparazione plastica della bocca	
Interventi sull'ugola	2779	Altri interventi sull'ugola	I
Altri interventi su tonsille ed adenoidi	280	Incisione e drenaggio di strutture tonsillari e peritonsillari	I
Tonsillectomie ed adenoidectomie	282	Tonsillectomia senza adenoidectomia	II
	283	Tonsillectomia con adenoidectomia	
	286	Adenoidectomia senza tonsillectomia	
Interventi sul faringe	292	Asportazione di cisti o vestigia della fessura branchiale	IV
	2939	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del faringe	

Interventi sul sistema respiratorio (30-34)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazioni di lesioni della laringe, laringectomie pariziali	3009	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della laringe	III
	3029	Altra laringectomia parziale	
Asportazione di cisti laringea \lisi di aderenze della trachea o laringe	3001	Marsupializzazione di cisti laringea	III
	3192	Lisi di aderenze della trachea o della laringe	

Interventi sul sistema respiratorio (30-34)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Cordectomie, epiglottidectomie	3021	Epiglottidectomia	III
	3022	Cordectomia	
Laringectomia totale	303	Laringectomia completa	V
	304	Laringectomia radicale	
Tracheostomia	311	Tracheostomia temporanea	II
	3121	Tracheostomia mediastinica	
	3129	Altra tracheostomia permanente	
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	315	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea	V
Laringorrafia	3161	Sutura di lacerazione della laringe	II
	3169	Altra riparazione della laringe	
Tracheorrafia / chiusura di tracheostoma / plastiche tracheali	3171	Sutura di lacerazione della trachea	II
	3172	Chiusura di fistola esterna della trachea	
	3173	Chiusura di altra fistola della trachea	
	3179	Altri interventi di riparazione e di plastica sulla trachea	
Resezione del nervo laringeo, fistolizzazione tracheoesofagea, altri interventi sulla laringe	3199	Altri interventi sulla trachea	III
	3191	Resezione del nervo laringeo	
	3195	Fistolizzazione tracheoesofagea	
	3198	Altri interventi sulla laringe	
Sostituzione di stent laringeo o tracheale	3193	Sostituzione di stent laringeo o tracheale	III
Plicatura di bolle enfisematose	3221	Plicatura di bolle enfisematose	III
Resezioni del polmone e asportazione di lesione dei bronchi o dei polmoni	3209	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dei bronchi	V
	3229	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone	
	323	Resezione segmentale del polmone	
Lobectomia polmonare	324	Lobectomia del polmone	V
Pneumonectomia	325	Pneumonectomia completa	V
	329	Altra asportazione del polmone	
Asportazione e demolizione endoscopica bronchiale o polmonare	3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi	I
	3228	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone	
Collassamento chirurgico del polmone	3339	Altro collassamento chirurgico del polmone	I
Toracoplastica	3334	Toracoplastica	III
Riparazione e plastica bronchiale	3348	Altri interventi di riparazione e plastica sui bronchi	IV
	3398	Altri interventi sui bronchi	
Trapianto di polmone	335	Trapianto di polmone	VII
Trapianto del blocco cuore polmone	336	Trapianto combinato cuore-polmone	VII
Toracotomia	3402	Toracotomia esplorativa	III
	3409	Altra incisione della pleura	
Incisione/asportazione del mediastino	343	Asportazione o demolizione di lesione e tessuto del mediastino	V
Toracectomia	344	Asportazione o demolizione di lesione della parete toracica	III
Decorticazione del polmone e pleurica	3451	Decorticazione del polmone	III
	3459	Altra asportazione della pleura	
Riparazione o plastica di parete toracica	3471	Sutura di lacerazione della parete toracica	III
	3473	Chiusura di altra fistola del torace	
	3479	Altra riparazione della parete toracica	
	3499	Altri interventi sul torace	
Riparazione del diaframma	3481	Asportazione di lesione o tessuto del diaframma	V
	3483	Chiusura di fistola del diaframma	
	3485	Impianto di pace-maker nel diaframma	
	3489	Altri interventi sul diaframma	
Toracentesi	3491	Toracentesi	I

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Valvulotomia a cuore chiuso	350	Valvulotomia a cuore chiuso	V

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Valvuloplastica a cuore aperto, sostituzione di valvola cardiaca	3510	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	IV
	3512	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	
	3520	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata	
	3521	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	
	3522	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	
	3523	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	
	3524	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	
	353	Interventi su strutture adiacenti le valvole cardiache	
Altri interventi su valvole e setti del cuore	3596	Valvuloplastica percutanea	IV
Angioplastica coronarica e/o aterectomia coronarica singola e/o multipla con o senza stent	3602	Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o arterectomia coronarica con menzione di agente trombolitico	III
	3605	Angioplastica coronarica percutanea transluminale su vaso multiplo [PTCA] o aterectomia coronarica eseguita durante lo stesso intervento, con o senza menzione di agente trombolitico	
	3606	Inserzione di stent nell'arteria coronarica	
Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica, rivascolarizzazione cardiaca, altri interventi sui vasi del cuore	3610	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI	V
	3611	Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica	
	3619	Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca	
	369	Altri interventi sui vasi del cuore	
	3612	Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche	
Bypass aortocoronarico di più arterie coronariche	3613	Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche	VI
	3614	Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche	
	3615	Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica	
	3616	Bypass doppio mammaria interna-arteria coronarica	
Pericardiocentesi	370	Periocardiocentesi	I
Cardiotomia e pericardiotomia	3711	Cardiotomia	II
	3712	Pericardiotomia	
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	3731	Pericardiectomia	V
	3734	Asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore	
	374	Riparazione del cuore e pericardio	
Trapianto di cuore	375	Trapianto di cuore	VII
Impianto / sostituzione di sistemi di circolazione assistita	3762	Impianto di altri sistemi di circolazione assistita	V
	3763	Sostituzione e riparazione di sistemi di circolazione assistita	
Inserzione di pace-maker temporaneo e/o permanente, iniziale o di sostituzione	3771	Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo	III
	3772	Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio o nel ventricolo	
	3778	Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo	
	3779	Revisione o riposizionamento di tasca di pace-maker	
	3780	Inserzione di pace-maker permanente, iniziale o sostituzione, tipo di strumento non specificato	
	3781	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta	
	3782	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta	
	3783	Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo	
	3785	Sostituzione di un qualsiasi pace-maker con apparecchio a camera singola non specificato come frequenza di risposta	
	3786	Sostituzione di qualsiasi pace-maker con apparecchio a camera singola, frequenza di risposta	
	3787	Sostituzione di qualsiasi pace-maker con camera doppia	
Impianto o sostituzione di defibrillatore	3794	Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]	III
	3798	Sostituzione del solo generatore di impulsi del defibrillatore automatico	
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	3802	Incisione di altri vasi del capo e del collo	V
	3803	Incisione di altri vasi dell'arto superiore	
	3808	Incisione di arterie dell'arto inferiore	
	3809	Incisione di vene dell'arto inferiore	
Incisione o resezione di vasi degli arti e del capo e del collo	3832	Resezione di altri vasi del capo e collo con anastomosi	V
	3833	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	
	3838	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	
	3842	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	
	3843	Resezione di vasi dell'arto superiore con sostituzione	
	3848	Resezione di arterie dell'arto inferiore con sostituzione	

Interventi sul sistema cardiovascolare (35-39)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Incisione \resezione di vasi intracranici	3801	Incisione di vasi intracranici	VI
	3831	Resezione di vasi intracranici con anastomosi	
	3841	Resezione di vasi intracranici con sostituzione	
Incisione \resezione di aorta o vasi toracici e addominali	3804	Incisione dell'aorta	VI
	3805	Incisione di altri vasi toracici	
	3806	Incisione di arterie addominali	
	3807	Incisione di vene addominali	
	3844	Resezione dell'aorta, addominale con sostituzione	
	3845	Resezione di altri vasi toracici con sostituzione	
Endoarteriectomia	3812	Endoarteriectomia di altri vasi del capo e del collo	IV
	3818	Endoarteriectomia delle arterie dell'arto inferiore	
Legatura e stripping di vene varicose	3850	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata	II
	3859	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore	
Legatura di vene varicose Intracraniche	3851	Legatura di vene varicose intracraniche	III
Legatura di vene varicose toraciche e addominali	3855	Legatura di vene varicose toraciche	III
	3857	Legatura di vene varicose addominali	
Asportazione di arterie e/o vene su collo o arti	3862	Altra asportazione di altri vasi del capo e del collo	III
	3869	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore	
Asportazione di arterie e/o vene su toracici e addominali	3864	Altra asportazione dell'aorta, addominale	VI
	3865	Altra asportazione di altri vasi toracici	
Occlusione chirurgica di arterie e/o vene intracraniche o del collo o del torace o dell'addome o degli arti	387	Interruzione della vena cava	III
	388	Altra occlusione chirurgica di vasi	
Anastomosi o by-pass vascolari non coronarici	390	Anastomosi arterioso sistemico polmonare	IV
	391	Anastomosi venosa intraaddominale	
	3925	Bypass aorto-iliaco-femorale	
	3929	Altri anastomosi o bypass vascolari (periferici)	
By pass vascolare extra-intracranico	3928	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)	V
Sutura di vasi e/o arterie, rimozione o revisione di anastomosi artero-venose	3927	Arteriovenostomia per dialisi renale	I
	3931	Sutura di arteria	
	3932	Sutura di vena	
	3942	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale	
	3943	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale	
	3949	Altra revisione di interventi vascolari	
Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	3950	Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico	IV
Intervento di dissezione dell'aorta	3954	Intervento di dissezione dell'aorta	VI
Riparazione di vaso sanguigno con patch qualsiasi tipo	3951	Clipping di aneurismi	II
	3952	Altra riparazione di aneurismi	
	3953	Riparazione di fistola arteriovenosa	
	3957	Riparazione di vaso sanguigno con patch sintetico	
	3959	Altra riparazione di vasi	
By-pass cardiopolmonare percutaneo e ECMO	3965	Ossigenazione extracorporea delle membrane [ECMO]	V
	3966	Bypass cardiopolmonare percutaneo	
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	398	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari	III
Inserzione di stent su arteria non coronaria	3990	Inserzione di stent su arteria non coronaria	III
Inserzione e/o sostituzione di cannule intervasali o sbrigliamento di vasi	3991	Sbrigliamento dei vasi	I
Altri interventi sui vasi	3999	Altri interventi sui vasi	I

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Esofagostomia	420	Esofagotomia	VI
	421	Esofagostomia	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione locale di lesione o tessuto dell'esofago (escluso endoscopiche)	423	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'esofago	IV
Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto esofageo	4233	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo	I
Esofagectomia totale	4242	Esofagectomia totale	VII
	4240	Esofagectomia, SAI	
	4241	Esofagectomia parziale	
	425	Anastomosi intratoracica dell'esofago	
	426	Anastomosi presternale dell'esofago	
	427	Esofagomiotomia	
	428	Altra riparazione dell'esofago	
Legatura di varici esofagee e/o dilatazione esofago	4291	Legatura di varici esofagee	I
	4292	Dilatazione dell'esofago	
Gastrotomia e Gastrostomia percutanea	430	Gastrotomia	II
	4311	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]	
Asportazione/demolizione di tessuto dello stomaco	434	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco	V
Gastrectomia parziale	437	Gastrectomia parziale con anastomosi digiunale	VI
	4381	Gastrectomia parziale con trasposizione digiunale	
	4389	Altra gastrectomia parziale	
Gastrectomia totale	4391	Gastrectomia totale con interposizione intestinale	VI
	4399	Altra gastrectomia totale	
Vagotomia (qualsiasi metodica)	440	Vagotomia	IV
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	442	Piloroplastica	IV
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	4439	Altra gastroenterostomia senza gastrectomia	IV
	4441	Sutura di ulcera gastrica	
	4442	Sutura di ulcera duodenale	
Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	4443	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	I
Gastroplastica	4465	Esofagogastroplastica	V
	4466	Altri interventi per la creazione di sfintere esofagogastrico	
Inserzione/rimozione di bolla gastrica (palloncino)	4493	Inserzione di bolla gastrica (palloncino)	III
	4494	Rimozione di bolla gastrica (palloncino)	
Incisione dell'intestino	4500	Incisione dell'intestino, SAI	I
Asportazione o demolizione endoscopica dell'intestino tenue o del crasso	4542	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	I
	4543	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso	
Asportazione o demolizione locale dell'intestino tenue	4531	Asportazione locale di lesione del duodeno	IV
	4562	Altra resezione parziale dell'intestino tenue	
Asportazione o demolizione locale dell'intestino crasso\ isolamento di segmento intestinale	454	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso	V
	455	Isolamento di segmento intestinale	
Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue e rimozione totale dell'intestino tenue	4561	Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue	IV
	4563	Rimozione totale dell'intestino tenue	
Emicolectomia/ colectomia o colectomie segmentarie	4572	Resezione del cieco	VI
	4573	Emicolectomia destra	
	4574	Resezione del colon trasverso	
	4576	Sigmoidectomia	
	4579	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso	
	458	Colectomia totale intraaddominale	
Anastomosi e/o esteriorizzazioni intestinali	4591	Anastomosi intestinale tenue-tenue	III
	4593	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso	
	4594	Anastomosi intestinale crasso-crasso	
	460	Esteriorizzazione dell'intestino	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Colostomia e/o ileostomia	4610	Colostomia, SAI	III
	4611	Colostomia temporanea	
	4613	Colostomia permanente	
	462	Ileostomia	
	463	Altra enterostomia	
Revisione di orifizio intestinale artificiale, fissazione di intestino alla parete addominale, altri interventi sull'intestino	464	Revisione di orifizio intestinale artificiale	IV
	4651	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino tenue	
	4652	Chiusura di orifizio artificiale dell'intestino crasso	
	466	Fissazione dell'intestino	
	467	Altra riparazione dell'intestino	
	4685	Dilatazione dell'intestino	
	469	Altri interventi sull'intestino	
Appendicectomia e/o interventi sull'appendice	4701	Appendectomia laparoscopica	III
	4709	Altra appendectomia	
	4799	Altri interventi sull'appendice	
Proctotomia	480	Proctotomia	I
Asportazione locale di lesione o tessuto del retto, polipectomia endoscopica	4835	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto	I
	4836	Polipectomia [endoscopica] del retto	
Resezioni del retto	484	Resezione del retto con pull-through	VI
	485	Resezione del retto per via addominoperineale	
	4862	Resezione anteriore del retto con contemporanea coiostomia	
	4863	Altra resezione anteriore del retto	
	4869	Altra resezione del retto	
Riparazione del retto e/o proctopessi	4874	Retto-rettostomia	III
	4876	Altra proctopessi	
	4879	Altra riparazione del retto	
	488	Incisione ed asportazione di lesione o tessuto perirettale	
	489	Altri interventi sul retto e sui tessuti perirettali	
Incisione di ascesso, fistola perianale	4901	Incisione di ascesso perianale	II
	4904	Altra asportazione di tessuti perianali	
	4911	Fistulotomia anale	
	4912	Fistulectomia anale	
Asportazione endoscopica o demolizione di lesione o tessuto dell'ano	4939	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano	I
Interventi su emorroidi	4945	Legatura delle emorroidi	II
	4946	Asportazione delle emorroidi	
	4947	Rimozione di emorroidi trombizzate	
	4949	Altri interventi sulle emorroidi	
Sfinterotomia anale, riparazione dell'ano, riduzione prolasso anale	495	Sfinterotomia	II
	496	Asportazione dell'ano	
	497	Riparazione dell'ano	
	4994	Riduzione di prolasso anale	
	4999	Altri interventi sull'ano	
Epatectomia parziale e/o lobectomia del fegato	5022	Epatectomia parziale	IV
	5029	Altra demolizione di lesione del fegato	
	503	Lobectomia del fegato	
Trapianto di fegato	5059	Altro trapianto del fegato	VII
Riparazione di fegato	506	Riparazione del fegato	IV
	5091	Aspirazione percutanea del fegato	
	5099	Altri interventi sul fegato	
Colecistotomia e colecistostomia	510	Colecistotomia e colecistostomia	IV
Colecistectomia (compresa colangiografia intraoperatoria)	5122	Colecistectomia	III
	5123	Colecistectomia laparoscopica	
Anastomosi della colecisti o del dotto biliare	5131	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	V
	5137	Anastomosi fra dotto epatico e intestino	
	5139	Altra anastomosi del dotto biliare	

Interventi sull'apparato digerente (42-54)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Incisione del dotto biliare, del tratto biliare e sulle vie biliari	514	Incisione del dotto biliare per rimozione di occlusione	II
	515	Altra incisione del dotto biliare	
	516	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del dotto biliare e dello sfintere di Oddi	
	517	Riparazioni dei dotti biliari	
	5185	Sfinterotomia e papillotomia endoscopica	
	5188	Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare	
	5198	Altri interventi percutanei sul tratto biliare	
	5199	Altri interventi sulle vie biliari	
Sfinterotomia e sfinteroplastica pancreatica	5182	Sfinterotomia pancreatica Incisione dello sfintere pancreatico	III
Interventi su cisti pancreatica ed altri interventi sul pancreas	522	Asportazione o demolizione locale del pancreas e del dotto pancreatico	IV
	523	Marsupializzazione di cisti pancreatica	
	524	Drenaggio interno di cisti pancreatica	
	529	Altri interventi sul pancreas	
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoadenectomia)	5251	Pancreatectomia prossimale	VI
	5252	Pancreatectomia distale	
	527	Pancreaticoduodenectomia radicale	
Trapianto di pancreas	5280	Trapianto del pancreas, SAI	VII
	5282	Trapianto omologo di pancreas	
	5283	Trapianto eterologo di pancreas	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) monolaterale	5300	Riparazione monolaterale di ernia inguinale, SAI	III
	5301	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta	
	5302	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta	
	5303	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	
	5304	Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	
Ernia della parete addominale (inguinale, crurale ecc.) monolaterale	5305	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	III
	5321	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	
	5329	Altra erniorrafia crurale monolaterale	
	5341	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	
	5349	Altra erniorrafia ombelicale	
	5359	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore	
	5369	Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore con protesi	
Ernia della parete addominale (inuguinale, crurale ecc .) bilaterale	5310	Riparazione bilaterale di ernia inguinale, SAI	IV
	5312	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta	
	5314	Riparazione bilaterale di ernia inguinale diretta con innesto o protesi	
	5315	Riparazione bilaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi	
	5316	Riparazione bilaterale di ernia inguinale una diretta e una indiretta, con innesto o protesi	
	5317	Riparazione bilaterale di ernia inguinale con innesto o protesi, SAI	
	533	Riparazione bilaterale di ernia crurale	
Riparazione di ernia su incisione (laparocele)	5351	Riparazione di ernia su incisione	III
	5361	Riparazione di ernia su incisione con protesi	
Riparazione di ernia diaframmatica, altra riparazione di ernia, incisione della parete addominale	537	Riparazione di ernia diaframmatica, per via addominale	IV
	538	Riparazione di ernia diaframmatica, per via toracica	
	539	Altra riparazione di ernia	
Laparotomia	5411	Laparatomia esplorativa	II
	5412	Riapertura di laparotomia recente	
	5419	Altra laparotomia	
Lisi di aderenze peritoneali, riparazione parete addominale, dialisi peritoneale	540	Incisione della parete addominale	II
	543	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto di parete addominale o dell'ombelico	
	544	Asportazione o demolizione di tessuto peritoneale	
	5451	Lisi laparoscopica di adesioni peritoneali	
	5459	Altre lisi di adesioni peritoneali	
	5461	Risutura di diastasi postoperatoria della parete addominale	
	5472	Altra riparazione della parete addominale	
	5493	Creazione di fistola cutaneoperitoneale	
	5498	Dialisi peritoneale	

Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Linfoadenectomia sede non descritta	400	Incisione di strutture linfatiche	I
	4029	Asportazione semplice di altre strutture linfa	
	403	Asportazione di linfonodi regionali	
	4059	Asportazione radicale di altri linfonodi	
	409	Altri interventi sulle strutture linfatiche	
Linfoadenectomia, latero-cervicale o sovraclaveare monolaterale	4021	Asportazione di linfonodi cervicali profondi	III
	4041	Dissezione radicale del collo, monolaterale	
Linfoadenectomia sovraclaveare bilaterale	4042	Dissezione radicale del collo, bilaterale	II
Linfoadenectomia mammaria interna	4022	Asportazione di linfonodi mammari interni	III
Linfoadenectomia ascellare	4023	Asportazione di linfonodi ascellari	III
	4051	Asportazione radicale dei linfonodi ascellari	
Linfoadenectomia inguinale	4024	Asportazione di linfonodi inguinali	II
	4054	Dissezione radicale della regione inguinale	
Linfoadenectomia lombo aortica pelvica	4052	Asportazione radicale dei linfonodi periaortici	III
	4053	Asportazione radicale dei linfonodi iliaci	
Interventi sul dotto toracico	4069	Altri interventi sul dotto toracico	III
Trapianto di midollo osseo	4101	Trapianto di midollo osseo autologo	III
	4103	Trapianto di midollo osseo allogenico senza purging	
	4104	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche	
Interventi chirurgici sulla milza	412	Splenotomia	IV
	4143	Splenectomia parziale	
	415	Splenectomia totale	
	4199	Altri interventi sulla milza	

Interventi sull'apparato urinario (55-59)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Nefrotomie e/o nefrostomia	5501	Nefrotomia	III
	5502	Nefrostomia chirurgica	
Nefrostomia percutanea	5503	Nefrostomia percutanea senza frammentazione	II
	5504	Nefrostomia percutanea con frammentazione	
Pielectomia o pielolitotomia	5511	Pielectomia o pielolitotomia	III
Nefrectomia parziale	5539	Altra asportazione di lesione di parenchima renale	V
	554	Nefrectomia parziale (senza ureterectomia)	
Nefrectomia totale	5551	Nefroureterectomia	VI
Trapianto renale	5569	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)	VII
Riparazione e/o chiusura di fistola/stomia renale	557	Nefropessia	IV
	5587	Pieloplastiche	
	5591	Decapsulazione renale	
Aspirazione renale, sostituzione di drenaggio nefrostomico	5592	Aspirazione percutanea renale	I
	5593	Sostituzione di drenaggio nefrostomico	
Estrazione endoscopica, dall'uretere e pelvi renale papillotomia o meatotomia, ureterotomia endoscopica	560	Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo	I
	561	Papillotomia o meatotomia ureterale (endoscopica e non)	
	5681	Ureterotomia endoscopica	
Ureterectomia	564	Ureterectomia	IV
Ureterostomia	565	Uretero-ileostomia cutanea	V
	566	Altre derivazioni urinarie	
	5674	Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale	
	5679	Altra anastomosi o bypass dell'uretere	
Ureterotomia, riparazione di lesioni ureterali	562	Ureterotomia	II
	5689	Altra riparazione dell'uretere	
Impianto o sostituzione di stimolatore ureterale, altri interventi sull'uretere	5692	Impianto di stimolatore ureterale	II
	5699	Altri interventi sull'uretere	

Interventi sull'apparato urinario (55-59)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Cistotomia, cistostomia, vescicostomia	5717	Cistostomia percutanea	I
	5719	Altra cistotomia	
	572	Vescicostomia	
Resezione vescicale trans uretrale	574	Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	III
Cistectomia parziale o radicale	576	Cistectomia parziale	VI
	5771	Cistectomia radicale	
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	5784	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	V
Ricostruzioni e plastiche vescicali	5788	Altre ricostruzioni vescicali	IV
	5789	Altra chirurgia plastica vescicale Sospensione vescicale	
Sfinterotomia vescicale e altri interventi vescicali	5791	Sfinterotomia vescicale.	II
	5799	Altri interventi sulla vescica	
Impianto e rimozione di stimolatore vescicale	5796	Impianto di stimolatore vescicale elettrico	III
Uretrotomia, meatotomia, uretrotomia endoscopica	580	Uretrotomia	I
	581	Meatotomia uretrale	
	585	Uretrotomia endoscopica	
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'uretra	5831	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra	I
	5839	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra	
Riparazione di tessuto uretrale dell'uretra	5846	Altre ricostruzioni uretrali	IV
	5847	Meatoplastica uretrale	
	5849	Altra riparazione uretrale	
	586	Dilatazione uretrale	
Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali	5893	Impianto o riposizionamento di protesi sfinteriali	III
Interventi sul retroperitoneo e/o lisi di aderenze periviscerali	590	Interventi sul retroperitoneo	III
	591	Interventi sul tessuto perivescicale	
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	593	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria	III
	594	Sospensione uretrale sovrapubica con sling	
	595	Sospensione uretrale retropubica (Marshall)	
	596	Colposospensione parauretrale	
	5972	Impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale	
	5979	Altra riparazione per incontinenza urinaria da stress	
Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail	5993	Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico, pig-tail	I
Litotrissia	5995	Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica	IV

Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Prostatectomia transuretrale	6021	Prostatectomia transuretrale guidata (con ultrasuoni) mediante laser (TULIP)	IV
	6029	Altra prostatectomia transuretrale	
Adenomectomia prostatica, (eccetto endoscopica)	603	Adenomectomia transvescicale	IV
	604	Adenomectomia retropubica	
Prostatectomia radicale	605	Prostatectomia radicale	VI
Interventi sulle vescicole seminali	607	Interventi sulle vescicole seminali	II
Altri interventi sulla prostata Drenaggio ascesso prostatico o riparazione prostata	609	Altri interventi sulla prostata	III
Interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale, asportazione di idrocele	612	Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)	II
	613	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale	
	614	Riparazione dello scroto e della tunica vaginale	
	6199	Altri interventi sullo scroto e sulla tunica vaginale	
Orchiectomia mono\bilaterale	622	Asportazione o demolizione di lesione testicolare	II
	623	Orchiectomia monolaterale	
	624	Orchiectomia bilaterale	
Fissazione testicolare	625	Orchiopessi	II

Sutura lacerazione testicolo	6261	Sutura di lacerazione del testicolo	II
Inserimento protesi testicolare	627	Inserzione di protesi testicolare	I
Altri interventi sul testicolo	6291	Aspirazione del testicolo	I
Interventi sul cordone spermatico, sull'epididimo e sui dotti deferenti e/o asportazione cisti dell'epididimodi idrocele	631	Asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico	III
	632	Asportazione di cisti dell'epididimo o spermatocele	
	633	Asportazione di altra lesione o tessuto del cordone spermatico ed epididimo	
	634	Epididimectomia	
	6352	Derotazione del funicolo e del testicolo	
	638	Riparazione dei dotti deferenti e dell'epididimo	
Vasotomia e vasostomia o vasectomia	636	Vasotomia e vasostomia	II
	637	Vasectomia e legatura dei vasi deferenti	
Circoncisione	640	Circoncisione	II
Interventi demolitivi del pene	642	Asportazione o demolizione di lesione del pene	III

Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Insufflazione e dilatazione delle tube	668	Insufflazione sulle tube	II
	6696	Dilatazione delle tube	
Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto ovarico, compresa ovariotomia e altri interventi sull'ovaio	650	Ovariotomia	IV
	6522	Resezione cuneiforme dell'ovaio	
	6523	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica	
	6524	Resezione cuneiforme laparoscopica di cisti ovarica	
	6525	Altra asportazione laparoscopica locale o distruzione dell'ovaio	
	6529	Altra asportazione o demolizione locale dell'ovaio	
	657	Riparazione dell'ovaio	
	6591	Aspirazione dell'ovaio	
	6599	Altri interventi sull'ovaio	
Annessiectomia monolaterale	6531	Ovariotomia laparoscopica monolaterale	III
	6539	Altra ovariotomia monolaterale	
Salpingo-annessiectomia monolaterale	6541	Salpingo-ovariectomia laparoscopica monolaterale	III
	6549	Altra salpingo-ovariectomia monolaterale	
Annessiectomia bilaterale	655	Ovariectomia bilaterale	III
Salpingo-annessiectomia bilaterale	6561	Altra rimozione di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento	IV
	6563	Rimozione laparoscopica di entrambe le ovaie e delle tube nello stesso intervento	
Lisi di aderenze salpingo-tubariche\ Salpingotomia e salpingostomia	6581	Lisi laparoscopica di aderenze delle ovaie e delle tube	III
	660	Salpingotomia e salpingostomia	
Demolizioni o occlusione bilaterale delle tube, anche per via endoscopica	6621	Legatura e clampaggio endoscopico bilaterale delle tube	III
	6622	Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube	
	6629	Altra demolizione od occlusione endoscopica bilaterale delle tube	
Salpingectomia e altri interventi delle tube	664	Salpingectomia totale monolaterale	III
	665	Salpingectomia totale bilateral	
	669	Altri interventi delle tube	
Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica	6662	Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica	II
Salpingoplastica	6576	Plastica salpingo-ovarica laparoscopica	III
Dilatazione canale cervicale	670	Dilatazione del canale cervicale	I
Conizzazione cervice uterina	672	Conizzazione della cervice	II
Riparazione e/o demolizione di tessuto cervicale, asportazione della cervice	6739	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice	II
	6761	Sutura di lacerazione della cervice	
	6762	Riparazione di fistola della cervice	
	6732	Demolizione di lesione della cervice mediante cauterizzazione	
	674	Asportazione della cervice	
Cerchiaggio cervicale	675	Riparazione di ostio cervicale interno	I
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto uterino	6821	Divisione di sinechie endometriali	II
	6823	Ablazione dell'endometrio	
	6829	Altra asportazione o demolizione di lesione dell'utero	
	6999	Altri interventi sulla cervice e sull'utero	

Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Isterectomia addominale subtotale	683	Isterectomia addominale subtotale	III
Isterectomia totale	684	Isterectomia addominale totale	IV
	6851	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (LAVH)	
	6859	Altra isterectomia vaginale	
	689	Altra e non specificata isterectomia	
Isterectomia radicale	686	Isterectomia addominale radicale	V
	687	Isterectomia vaginale radicale	
Eviscerazione pelvica	688	Eviscerazione pelvica	VI
Dilatazione /raschiamento uterino	6909	Altra dilatazione o raschiamento dell'utero	II
	691	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dell'utero e delle strutture di sostegno	
	6959	Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione	
Riparazione dell'utero e/o delle strutture di sostegno dell'utero	692	Riparazione delle strutture di sostegno dell'utero	III
	693	Denervazione uterina paracervicale	
	694	Riparazione uterina	
Rimozione dalla cervice di corpo estraneo	6997	Rimozione dalla cervice di corpo estraneo	II
Incisione vagina e cul-de-sac	700	Culdocentesi	II
	701	Incisione della vagina e del cul-de-sac	
Asportazione o demolizione locale della vagina e del cul-de-sac	7032	Asportazione o demolizione di lesione del cul de sac	V
	7033	Asportazione o demolizione di lesione della vagina	
Obliterazione ed asportazione totale della vagina	704	Obliterazione ed asportazione totale della vagina	VI
Riparazione di cistocele e rettocele	7050	Riparazione di cistocele e rettocele	II
	7051	Riparazione di cistocele	
	7052	Riparazione di rettocele	
Ricostruzione e riparazione della vagina e del cul-de-sac	7062	Ricostruzione della vagina	IV
	7071	Sutura di lacerazione della vagina	
	7077	Sospensione e fissazione della vagina	
	7079	Altra riparazione della vagina	
Asportazione o altra demolizione della ghiandola del Bartolino	7122	Incisione di cisti della ghiandola del Bartolino	II
	7123	Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolino	
	7124	Asportazione o altra demolizione di cisti della ghiandola del Bartolino	
Vulvectomia	715	Vulvectomia radicale	III
	7161	Vulvectomia monolaterale	
	7162	Vulvectomia bilaterale	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Mandibolectomie, innesti ossei facciali	7631	Mandibolectomia parziale	VI
	7641	Mandibolectomia totale con ricostruzione contemporanea	
	7691	Innesto osseo su ossa facciali	
Altri interventi sulle ossa e sulle articolazioni della faccia	7609	Altra incisione di osso facciale	II
	762	Asportazione o demolizione locale di lesione delle ossa facciali	
	7639	Osteotomia parziale di altre ossa della faccia	
	7662	Osteoplastica aperta [osteotomia] del ramo ascendente della mandibola	
	7665	Osteoplastica segmentaria [osteotomia] della mascella	
	7666	Osteoplastica totale [osteotomia] della mascella	
	7672	Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare	
	7676	Riduzione aperta di frattura mandibolare	
	7679	Altra riduzione aperta di frattura facciale	
	7699	Altri interventi sulle ossa e articolazioni facciali	
Altre incisioni di ossa, resezioni ossee cuneiformi, asportazioni locali di ossa	771	Altra incisione dell'osso, osteotomia	III
	7721	Resezione cuneiforme della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	
	7723	Resezione cuneiforme del radio e dell'ulna	
	7727	Resezione cuneiforme della tibia e fibula	
	7728	Resezione cuneiforme del tarso e metatarso	
	7737	Altra sezione della tibia e fibula	
	7738	Altra sezione del tarso e metatarso	
	7760	Asportazione locale di lesione o tessuto osseo, sede non specificata	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altre incisioni di ossa, resezioni ossee cuneiformi, asportazioni locali di ossa	7761	Asportazione locale di lesione o tessuto della scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	III
	7764	Asportazione locale di lesione o tessuto ci carpo e metacarpo	
	7765	Asportazione locale di lesione o tessuto del femore	
	7767	Asportazione locale di lesione o tessuto di tibia e fibula	
	7768	Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso	
	7769	Asportazione locale di lesione o tessuto di altre ossa, escluse quelle facciali	
	7779	Prelievo di altre ossa per innesto	
	778	Altra osteotomia parziale	
Sequestrectomie, ostectomie	770	Sequestrectomia	IV
	779	Ostectomia totale	
Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso (alluce valgo)	7751	Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli ed osteotomia del primo metatarso	III
	7753	Altra asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli	
	7754	Asportazione o correzione di borsite	
	7759	Altra asportazione di borsite	
Innesto osseo (qualsiasi sede)	7800	Innesto osseo, sede non specificata	II
	7802	Innesto osseo dell'omero	
	7805	Innesto osseo del femore	
	7807	Innesto osseo della tibia e fibula	
	7809	Innesto osseo di altre ossa	
Applicazione di fissatore esterno	7812	Applicazione di fissatore esterno dell'omero	I
	7815	Applicazione di fissatore esterno del femore	
	7817	Applicazione di fissatore esterno di tibia e fibula	
	7813	Applicazione di fissatore esterno di radio e ulna	
	7814	Applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo	
	7819	Applicazione di fissatore esterno di altro osso	
Altri interventi di riparazione o plastica su osso	7841	Altri interventi di riparazione o plastica su scapola, clavicola e torace (coste e sterno)	V
	7845	Altri interventi di riparazione o plastica sul femore	
	7848	Altri interventi di riparazione o plastica su tarso e metatarso	
	7849	Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa	
Fissazione interna senza riduzione di frattura	7858	Fissazione interna di tarso e metatarso senza riduzione di frattura	IV
	7859	Fissazione interna di altro osso, senza riduzione di frattura	
Riduzione incruenta di frattura con fissatore interno	7911	Riduzione incruenta di frattura dell'omero, con fissazione interna	III
	7912	Riduzione incruenta di frattura di radio e ulna, con fissazione interna	
	7913	Riduzione incruenta di frattura di carpo e metacarpo, con fissazione interna	
	7914	Riduzione incruenta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna	
	7915	Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna	
	7916	Riduzione incruenta di frattura della tibia e della fibula, con fissazione interna	
	7917	Riduzione incruenta di frattura del tarso e metatarso, con fissazione interna	
	7918	Riduzione incruenta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna grandi segmenti	7926	Riduzione cruenta di frattura della tibia e della fibula senza fissazione interna	IV
	7931	Riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna	
	7934	Riduzione cruenta di frattura delle falangi della mano, con fissazione interna	
	7935	Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna	
	7936	Riduzione cruenta di frattura di tibia e fibula, con fissazione interna	
	7937	Riduzione cruenta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna	
	7938	Riduzione cruenta di frattura delle falangi del piede, con fissazione interna	
	7939	Riduzione cruenta di frattura di altro osso specificato con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna medi segmenti	7930	Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata	III
	7932	Riduzione cruenta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna	
	7933	Riduzione cruenta di frattura del carpo e metacarpo con fissazione interna	
Riduzione cruenta di frattura e/o fissazione interna piccoli segmenti	7959	Riduzione cruenta di epifisiolisi di altro osso specificato	II
Sbrigliamento di frattura esposta, interventi non specificati su lesione di tibia, fibula, tarso, metatarso	7996	Interventi non specificati su lesione della tibia e della fibula	I

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Riduzione cruenta di lussazione	7981	Riduzione cruenta di lussazione della spalla	V
	7982	Riduzione cruenta di lussazione del gomito	
	7983	Riduzione cruenta di lussazione del polso	
	7987	Riduzione cruenta di lussazione della caviglia	
	7988	Riduzione cruenta di lussazione del piede e delle dita del piede	
Artrotomia anche per rimozione di protesi	8016	Altra artrotomia del ginocchio	II
Artroscopia	8021	Artroscopia della spalla	III
	8023	Artroscopia del polso	
	8026	Artroscopia del ginocchio	
	8027	Artroscopia della caviglia	
Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine, compresa correzione di metatarso varo	8044	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine della mano e delle dita della mano	I
	8046	Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del ginocchio	
Asportazione di disco intervertebrale	8050	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore	V
	8051	Asportazione di disco intervertebrale	
Chemionucleolisi	8052	Chemionucleolisi intervertebrale	III
Altra distruzione di disco intervertebrale	8059	Altra distruzione di disco intervertebrale	II
Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio, sinoviectomie del ginocchio, spalla, gomito, polso, caviglia, mano	806	Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio	III
	8076	Sinoviectomia del ginocchio	
	8073	Sinoviectomia del polso	
	8074	Sinoviectomia della mano e delle dita della mano	
	8077	Sinoviectomia della caviglia	
Altre asportazioni o demolizioni locali di lesioni delle articolazioni	8081	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla	IV
	8082	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del gomito	
	8083	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del polso	
	8086	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione del ginocchio	
	8096	Altra asportazione dell'articolazione del ginocchio	
Artrodesi dorsali, lombari e sacrali con approccio anteriore	8104	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	VII
	8106	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore	
Altre artrodesi vertebrali	8100	Artrodesi vertebrale, SAI	VI
	8105	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	
	8107	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	
	8108	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore	
	8109	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	
	8101	Artrodesi atlanto-epistrofea	
	8102	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	
	8103	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	
Artrodesi (mano, gomito, spalla, anca, ginocchio, caviglia e piede)	811	Artrodesi del piede e della caviglia	III
	812	Artrodesi di altra articolazione	
	8144	Stabilizzazione della rotula	
	8149	Altra riparazione della caviglia	
Riparazione / ricostruzione legamenti ginocchio	8142	Riparazione del ginocchio five-in-on	IV
	8143	Riparazione della triade del ginocchio	
Altra riparazione dei legamenti del ginocchio	8145	Altra riparazione dei legamenti crociati	III
	8146	Altra riparazione dei legamenti collaterali	
	8147	Altra riparazione del ginocchio	
Sostituzione e/o revisione di articolazioni (eccetto anca e spalla)	8154	Sostituzione totale del ginocchio	V
	8155	Revisione di sostituzione del ginocchio	
	8157	Sostituzione dell'articolazione del piede e dell'alluce	
	8159	Revisione di sostituzione di articolazione delle estremità inferiori, non classificata altrove	
	8171	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea con impianto	
	8172	Artroplastica della articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	
	8174	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale con impianto	
	8175	Artroplastica della articolazione carpocarpale o carpometacarpale senza impianto	
	8179	Altra riparazione della mano, delle dita e del polso	

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Altri interventi sulle strutture articolari	8193	Sutura della capsula o dei legamenti dell'arto superiore	III
	8194	Sutura della capsula o del legamento della caviglia e del piede	
	8196	Altra riparazione articolare	
	8199	Altri interventi sulle strutture articolari	
Sostituzione totale e revisione di sostituzione dell'anca	8151	Sostituzione totale dell'anca	VI
	8153	Revisione di sostituzione dell'anca	
Sostituzione parziale dell'anca	8152	Sostituzione parziale dell'anca	IV
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	8180	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)	V
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	8181	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)	IV
Artroplastica	8188	Artroplastica e riparazione della spalla	V
Riparazione di lussazione della spalla comprensiva di acromioplastica	8182	Riparazione di lussazione ricorrente della spalla	IV
Altra riparazione spalla	8183	Altra riparazione della spalla	III
Riparazione cuffia dei rotatori	8363	Riparazione della cuffia dei rotatori	IV
Incisione delle fasce tendinee e dei tessuti molli della mano	8201	Esplorazione della fascia tendinea della mano	II
	8209	Altra incisione dei tessuti molli della mano	
Sezione di fascia o tessuto molle della mano	8212	Fasciotomia della mano Sezione di fascia della mano	II
	8219	Altra sezione di tessuto molle della mano	
Tenotomia, riparazione di dito a martello, tenoplastica, lisi di aderenze della mano, fasciotomia	8286	Altra tenoplastica della mano	II
	8291	Lisi di aderenze della mano Liberazione di aderenze di fascia, muscolo, tendine della mano	
	8301	Esplorazione della fascia tendinea	
	8309	Altra incisione dei tessuti molli	
	8311	Tenotomia dell'achilleo	
	8313	Altra tenotomia	
	8314	Fasciotomia	
Asportazione di tessuti molli o asportazione /sezione di lesione di muscoli, tendini e fasce della mano	8221	Asportazione di lesione della fascia tendinea della mano	II
	8229	Asportazione di altre lesioni dei tessuti molli della mano	
	8231	Borsectomia della mano	
	8233	Altra tendinectomia della mano	
	8235	Altra fascectomia della mano	
	8239	Altra asportazione dei tessuti molli della mano	
Sutura di muscoli, tendini e fasce della mano	8242	Sutura differita dei tendini flessori della mano	I
	8243	Sutura differita di altri tendini della mano	
	8244	Altra sutura dei tendini flessori della mano	
	8245	Altra sutura di altri tendini della mano	
Trapianto di muscoli e tendini della mano, intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni o intervento di plastica sulla mano con innesto o impianto di muscolo o fascia muscolare. Trasferimento di dita,ad eccezione del pollice	8256	Altro trasferimento o trapianto di tendini della mano	IV
	8257	Altra trasposizione di tendini della mano	
	8261	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	
	8272	Intervento di plastica sulla mano con innesto di muscolo o fascia muscolare	
	8281	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	
Altro intervento di plastica sulla mano	8279	Intervento di plastica sulla mano con altro innesto o impianto	II

Interventi sull'apparato muscoloscheletrico (76-84)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione di lesione dei muscoli, tendini, fasce e borse o sutura di muscoli, tendini, fasce o ricostruzione e/o innesti di muscoli e tendini (esclusa mano)	8331	Asportazione di lesione delle fasce tendinee	III
	8332	Asportazione di lesione dei muscoli	
	8339	Asportazione di lesione di altri tessuti molli	
	8342	Altra tendinectomia	
	8349	Altra asportazione di tessuti molli	
	835	Borsectomia	
	8362	Sutura differita di tendini	
	8364	Altra sutura di tendini	
	8365	Altra sutura di muscoli o fasce Riparazione di diastasi dei retti	
	8373	Reinserzione di tendini	
	8375	Trasposizione o trapianto di tendini	
	8385	Altri cambiamenti di lunghezza di muscoli e tendini	
	8386	Plastica del quadricipite	
	8388	Altri interventi di plastica sui tendini	
	8391	Lisi di aderenze di muscoli, tendini, fasce e borse	
	8399	Altri interventi su muscoli, tendini, fasce e borse	
Amputazioni e/o disarticolazioni degli arti superiori o inferiori a vari livelli e revisione di moncone	8402	Amputazione e disarticolazione del pollice	V
	8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	
	8411	Amputazione di dita del piede	
	8412	Amputazione a livello del piede	
	8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	
	8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	
	843	Revisione del moncone di amputazione	
	8499	Altri interventi sull'apparato muscoloscheletrico	
Amputazioni e/o disarticolazioni dita mano	8401	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	II
Amputazione mano	8403	Amputazione a livello della mano	IV
Disarticolazione polso	8404	Disarticolazione del polso	IV
Reimpianto di arto o parti di esso	8422	Reimpianto di dita della mano	VI

Interventi sui tegumenti (85-86)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Asportazione locale di lesione della mammella, quadrantectomia, mastectomia subtotale	8520	Asportazione o demolizione di tessuto della mammella, SAI	IV
	8521	Asportazione locale di lesione della mammella	
	8522	Quadrantectomia della mammella	
	8523	Mastectomia subtotale	
Mammectomia/ mammoplastica riduttiva mono/bilaterale	8531	Mammoplastica riduttiva monolaterale	III
	8532	Mammoplastica riduttiva bilaterale	
	8533	Mammectomia sottocutanea monolaterale con contemporaneo impianto di protesi	
	8534	Altra mammectomia sottocutanea monolaterale	
	8536	Altra mammectomia sottocutanea bilaterale	
Mastectomia semplice/radicale mono/bilaterale (compresa linfoadenectomia), compresa procedura allargata	854	Mastectomia	V
Impianto di protesi mono/bilaterale, (compresa rimozione espansore tessutale), ricostruzione totale della mammella	8553	Impianto di protesi monolaterale	IV
	8554	Impianto di protesi bilaterale	
	856	Mastopessi	
	857	Ricostruzione totale della mammella	
	8587	Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo	
Altri interventi sulla mammella	8591	Aspirazione della mammella	III
	8593	Revisione di protesi della mammella	
	8594	Rimozione di protesi della mammella	
	8595	Inserzione di espansore tessutale nella mammella	
	8596	Rimozione di espansore tessutale dalla mammella	

Interventi sui tegumenti (85-86)

Tipo intervento	ICD9	Nome intervento	CLASSE
Interventi di incisione e/o asportazione di cute e sottocute	8604	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo	I
	8605	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo	
	8609	Altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo	
	862	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	
	8699	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo	
	863	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo	
	864	Asportazione radicale di lesione della cute	
	8689	Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo	
	8601	Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo	
Inserzione di pompa o dispositivo di accesso vascolare	8606	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile	II
	8607	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile	
Asportazione, incisione di cisti o seno pilonidale	8603	Incisione di cisti o seno pilonidale	I
Interventi sull'unghia	8686	Onicoplastica	I
Innesti / Reimpianto di cuoio capelluto	8660	Innesto cutaneo libero, SAI	V
	8663	Innesto di cute a tutto spessore in altra sede	
	8669	Altro innesto di cute su altre sedi	
Allestimento\avanzamento\ trasferimento di lembo	867	Impianto di lembi peduncolati	II
Inserzione di espansore tessutale	8693	Inserzione di espansore tessutale	II
Interventi sui tegumenti del viso	8684	Correzione di cicatrice o briglia retrattile della cute	II

Ai fini della corretta compilazione del questionario sullo stato di salute, si comunica che la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 *"Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche"* ha introdotto il "diritto all'oblio oncologico".

Tale Legge stabilisce che in sede di stipula o rinnovo dei contratti di assicurazione **non è ammesso chiedere informazioni** sul precedente stato di salute dell'Assicurando/Assicurato che **in passato è stato affetto da patologie oncologiche ed è attualmente considerato guarito.**

Secondo la Legge, si considera guarita da una patologia oncologica la persona che, alla data della richiesta di informazioni sul suo stato di salute, ha concluso da più di 10 anni il trattamento attivo, senza episodi di recidiva.

Tale periodo è ridotto della metà (5 anni) se la patologia è insorta prima del ventunesimo anno di età.

Per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati, previsti dal Decreto del 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, consultabile al seguente indirizzo

www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/04/24/24A02057/SG

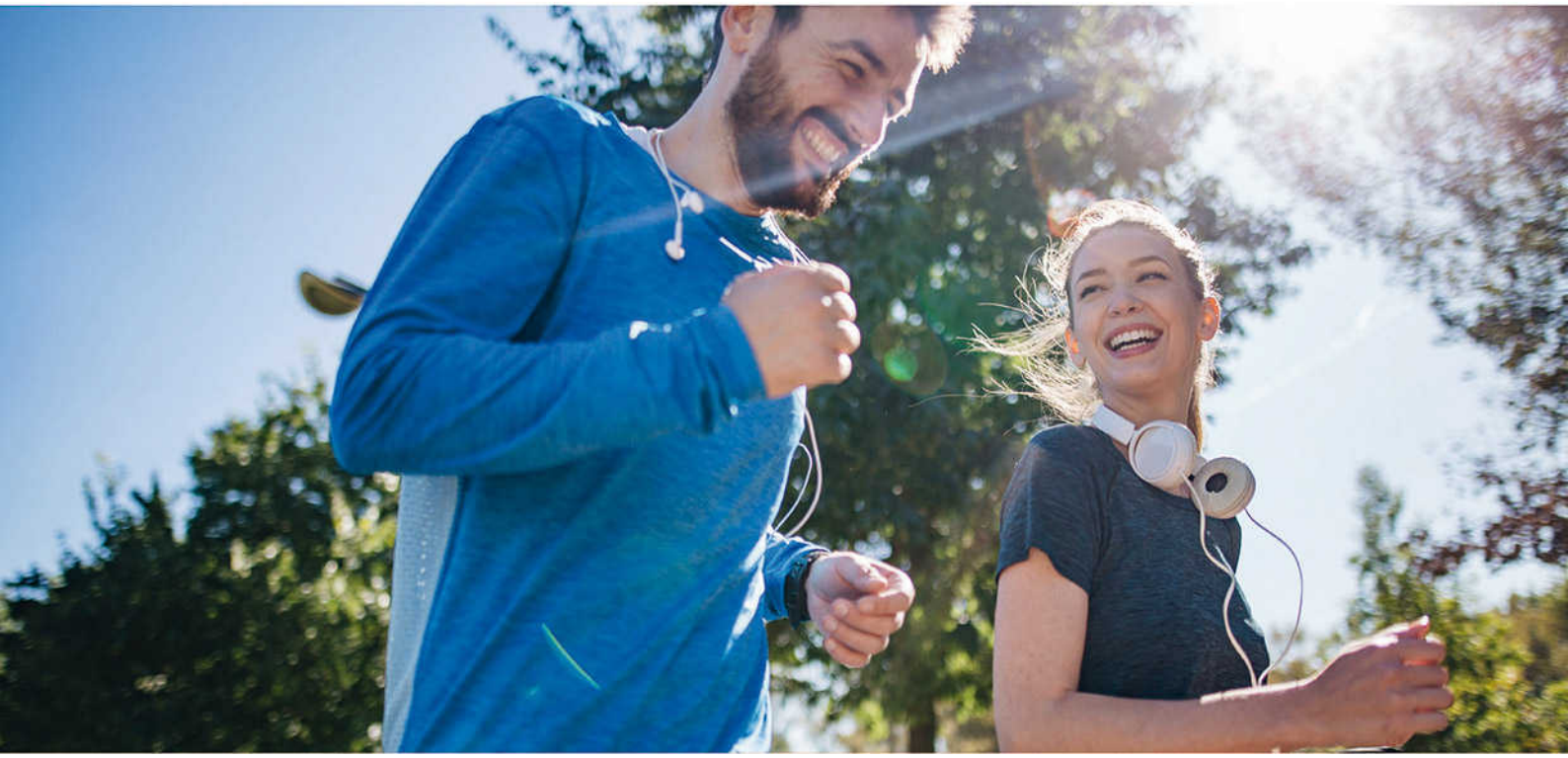
Pertanto, chi è stato affetto da una patologia oncologica e ha concluso il trattamento attivo da più di 10 anni (o 5 anni se la patologia è insorta prima del ventunesimo anno di età), o nel termine ridotto per le ipotesi indicate dal Decreto del 22 marzo 2024, senza episodi di recidiva, secondo la Legge è considerato guarito e quindi NON è tenuto a fornire alcuna informazione relativa alla precedente patologia oncologica. Ciò significa che, rispetto ai quesiti contenuti nei questionari o nei modelli assuntivi, potrà rispondere senza tenere conto e senza segnalare eventuali malattie oncologiche di cui ha sofferto e che allo stato si considerano guarite, fermo l'obbligo di dichiarare eventuali altre patologie rilevanti.



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

ACTIVE PROTEZIONE

SALUTE E BENESSERE



ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE è disponibile nella formula:

➢ "Starbene Tutti compresi", per assicurare il tuo nucleo familiare presente e futuro con un pacchetto definito di garanzie (attivabili sempre insieme) per i rischi che riguardano la guida dell'auto e gli infortuni domestici.

Set Informativo del Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi - edizione 11.07.2026

- DIP Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi
- DIP Aggiuntivo Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi
- Condizioni di assicurazione Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi

ACTIVE PROTEZIONE SALUTE E BENESSERE con…

- Prevenzione e Assistenza, con le soluzioni STARBENE START e STARBENE TUTTI COMPRESI
- In autonomia, per poter provvedere a te stesso e ai tuoi cari anche davanti a ostacoli più grandi, attraverso indennità e rendite in caso di infortunio o di imprevisti legati alla salute
- In attività, per gestire più facilmente i giorni in cui è necessario rallentare... per poi ripartire, con gli indennizzi in caso di ricovero o intervento
- In continuità, con una somma assicurata per realizzare e portare a termine i progetti che hai in mente come desideri, anche dopo di te.

Ti ricordiamo che puoi modificare nel tempo le tue scelte secondo le tue nuove esigenze.
Scopri Active Protezione SALUTE E BENESSERE nella formula assicurativa che hai scelto!

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

Assicurazione per la copertura dei rischi Infortuni domestici, Infortuni della circolazione e Assistenza

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A. **Prodotto: Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi**

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A., iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00021, autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927.

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Modulo SALUTE E BENESSERE – Starbene Tutti compresi è una soluzione assicurativa che copre i rischi da Infortunio subito nello svolgimento di attività extraprofessionali in casa o in auto: Infortuni domestici e Infortuni del conducente di autovetture. L'offerta comprende anche la possibilità di attivare una copertura Assistenza per necessità ed emergenze legate alla salute degli Assicurati.

Che cosa è assicurato?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA

Sono disponibili due diverse soluzioni di copertura di Servizi e Prestazioni alternative tra loro: STARBENE START e STARBENE TUTTI COMPRESI.

✓ **STARBENE START** è composta da:
- **Servizi di prevenzione START**: Servizio di ricerca strutture sanitarie; Accesso al network sanitario a tariffe agevolate; Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate;
- **Prestazioni assistenza START**: Consulenza medica; Consulenza cardiologica; Consulenza pediatrica; Consulenza ginecologica; Consulenza neurologica; Invio di un medico al domicilio in Italia; Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia; Invio di un infermiere al domicilio in Italia; Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia; Rimpatrio salma; Espatrio salma.

✓ **STARBENE TUTTI COMPRESI** è composta da:
- **Servizi di prevenzione PLUS** che prevede, in aggiunta ai Servizi di prevenzione START, i seguenti: Servizio di consulto remoto; Second opinion;
- **Prestazioni assistenza TUTTI COMPRESI** che prevede in aggiunta alle Prestazioni assistenza START, le seguenti: Assistenza per cure fisioterapiche; Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo; Invio di un/una colf; Rientro anticipato; Consulenza medica post infortunio; Info sport in sicurezza; Supporto psicologico in Italia; Invio di un insegnante a domicilio in Italia; Invio di baby sitter/assistente familiare a domicilio in Italia; Invio di un assistente familiare in Italia; Phone caring per genitori anziani.

SEZIONE STARBENE TUTTI COMPRESI

Sono previste le seguenti Garanzie:

IN AUTONOMIA
✓ Invalidità permanente da infortunio
✓ Rendita vitalizia da infortunio

IN ATTIVITÀ
✓ Rimborso spese sanitarie da infortunio;

IN CONTINUITÀ
✓ Morte da infortunio.

✓ È prevista, inoltre, la Garanzia accessoria Forfait per piccole invalidità.

Le Garanzie operano in favore del Contraente e degli altri componenti il suo Nucleo familiare: Coniuge, persona unita civilmente o convivente di fatto del Contraente e loro figli, tutti se risultano nel suo certificato di Stato di famiglia al momento del Sinistro; Figli minori del Contraente o del coniuge, della persona unita civilmente o del convivente di fatto anche se non conviventi.

Al Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi è inoltre abbinato il servizio di consulenza legale telefonica **PRONTO AVVOCATO**, comune a tutti i Moduli del Prodotto Active Protezione, per affrontare controversie legali, impostare comunicazioni a controparti e ottenere chiarimenti su normative vigenti in relazione alla vita privata, circolazione stradale e patente, salute, viaggi e vacanze, vita digitale, immobili, animali domestici.

Tutte le Garanzie sono prestate nell'ambito delle somme assicurate e dei Massimali rispettivamente indicati in Polizza.

Il DIP aggiuntivo contiene informazioni di dettaglio.

Che cosa non è assicurato?

Le esclusioni sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere grassetto.

SEZIONE PREVENZIONE E ASSSISTENZA

✗ **Le Prestazioni di Assistenza non sono dovute per gli eventi accaduti in occasione di**: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti, altre calamità naturali, atti di guerra o di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, esplosioni, emanazione di calore o radiazioni da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; per dolo dell'Assicurato o intervento di Autorità.

SEZIONE STARBENE TUTTI COMPRESI

Sono esclusi dalla copertura assicurativa:
✗ **ernie, rotture sottocutanee di tendini e infarti;**
✗ **Infortuni causati da**: abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene; operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili; guerra e insurrezione (inclusi invece in garanzia se l'Assicurato è sorpreso da tali eventi all'estero non oltre il 14° giorno dall'inizio delle ostilità); trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra; movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche; attività di norma svolte da professionisti (per esempio installazione e manutenzione impianti elettrici, idrici, igienici, tinteggiatura pareti esterne); azioni o comportamenti dell'Assicurato legati a epilessia o a determinate infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici o paranoidi, forme maniaco-depressive);
✗ **Infortuni subìti**: in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione; durante la pratica - a qualsiasi titolo - di attività sportiva;
✗ **Infortuni che derivano da**: delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; uso e guida di veicoli a motore su circuiti per sport motoristici; attività svolte con carattere di professionalità o comunque a scopo di lucro.

Sono inoltre previste ulteriori specifiche esclusioni indicate nel DIP aggiuntivo.

Ci sono limiti di copertura?

Le Garanzie prevedono limiti di Indennizzo specifici per alcune coperture, Franchigie e Scoperti che sono contenuti nelle Condizioni di assicurazione contraddistinti dal carattere grassetto e riepilogati in Polizza.
Il DIP aggiuntivo contiene informazioni di dettaglio.

Dove vale la copertura?

- ✓ Le Prestazioni Prevenzione e Assistenza operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività per la singola Prestazione.
- ✓ Per gli Infortuni domestici le Garanzie valgono nell'ambito dei locali dell'abitazione di residenza del Contraente che risulta da suo certificato di Stato di Famiglia.
- ✓ Per gli Infortuni del conducente di autovetture le Garanzie valgono in tutto il mondo.
- ✓ Il servizio assicurativo comune a tutti i Moduli Pronto Avvocato opera in Italia e in relazione a normative italiane.

Che obblighi ho?

Il Contraente o l'Assicurato **deve**:

- All'attivazione delle Garanzie rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e su eventuali altre polizze in corso per gli stessi rischi e, durante il periodo di validità delle Garanzie, comunicare a Generali Italia i cambiamenti che aggravano o diminuiscono il rischio assicurato.
- Dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del Comune di residenza che si verificano in corso di validità della Garanzia.

L'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, **deve**:

- In caso di Sinistro, presentare denuncia scritta a Generali Italia o all'Agenzia che gestisce il contratto con indicazione di numero di Polizza, luogo, giorno e ora, cause e descrizione del fatto, corredata dalla necessaria documentazione medica e giustificativi di spesa. La denuncia di Infortunio va effettuata entro 10 giorni dalla data in cui si è verificato (o se ne ha avuta conoscenza o possibilità) e il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta.
- Fare tempestivo ricorso a strutture ospedaliere o di Pronto soccorso e presentare a Generali Italia certificazione medica rilasciata da tali strutture.
- Fornire una copia del certificato di Stato di Famiglia del Contraente/Assicurato.
- In caso di Infortunio del conducente di autovetture, fornire anche una dichiarazione che contiene il numero delle persone che risultano dal certificato di Stato di Famiglia del Contraente/Assicurato abilitate alla guida a norma delle disposizioni in vigore.
- Consentire a Generali Italia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari che devono essere eseguiti in Italia.
- In caso di Infortunio che ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, avvisare immediatamente Generali Italia.
- Attivare Prestazioni e servizi Prevenzione e Assistenza telefonando ai numeri dedicati, tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita dell'Indennizzo e la cessazione delle Garanzie.

Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo per l'Assicurazione Active Protezione può essere pagato in unica soluzione o in più rate. Le rate possono essere mensili (con addebito diretto SDD o su carta di credito), trimestrali (con una maggiorazione del Premio annuo del 3,5%) o semestrali (con una maggiorazione del Premio annuo del 2,5%). Anche se diviso in più rate, il Premio è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo. Il primo Premio o la prima rata di Premio devono essere pagati all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia al rilascio della Polizza; i Premi successivi o le rate di Premio successive alla prima devono essere pagati con le stesse modalità entro il trentesimo giorno dopo quello della scadenza del Premio o della rata di Premio. Il Premio di Polizza è unitario e va quindi pagato con unica disposizione di pagamento per tutte le Garanzie attive.

In caso di attivazione di Garanzie nel corso dell'annualità assicurativa, Il Contraente, come primo Premio dovuto per le nuove Garanzie, paga un'integrazione del Premio annuo di Polizza per la frazione d'anno (Periodo di allineamento) che va dal giorno dell'attivazione delle stesse fino alla scadenza annuale della Garanzia iniziale (Scadenza annuale unica). Il Premio è comprensivo di imposte e deve essere pagato con:

- bonifico bancario o postale su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto assicurativo dedicato intestato all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- assegno (bancario, postale o circolare) non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- POS o, quando disponibili, altri sistemi di pagamento elettronico (per i pagamenti che avvengono in Agenzia o, per i Premi successivi al Premio di perfezionamento, tramite l'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica);
- denaro contante entro il limite per contratto previsto dalla normativa vigente (Premio annuo 750,00 euro);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale se abilitate dai processi di Generali Italia.

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. In caso di recesso per Sinistro da parte del Contraente o di Generali Italia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Generali Italia rimborsa l'eventuale rateo di Premio pagato e non goduto, escluse le imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione Active Protezione decorre dalla data di attivazione della prima Garanzia (la Garanzia iniziale) e cessa automaticamente decorsi 6 mesi dal giorno della cessazione dell'ultima Garanzia in essere, ferme decorrenza e scadenza di ciascuna Garanzia. Nei 6 mesi successivi alla scadenza dell'ultima Garanzia è quindi possibile attivare nuove Garanzie. Le singole Garanzie di ogni Modulo - compresa la Garanzia iniziale - hanno la durata annuale o pluriennale per ciascuna indicata in Polizza con effetto dalle ore 24 del giorno di attivazione per ciascuna indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento e, se ne è previsto il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, alla scadenza sono prorogate per una durata pari a un anno e così successivamente.

Per le Garanzie attivate in seguito alla Garanzia Iniziale, il giorno e il mese di scadenza coincidono sempre con il giorno e il mese di scadenza annuale della Garanzia Iniziale; se non sono stipulate nello stesso giorno e mese di durata inferiore all'annualità assicurativa è quindi previsto un primo periodo di durata inferiore all'annualità assicurativa (Periodo di allineamento).

Se il Contraente non paga i Premi, o le rate di Premio, successivi al primo, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e si riattiva alle ore 24 del giorno del pagamento.

Le Garanzie Prevenzione e Assistenza e la Garanzia comune a tutti i Moduli Pronto Avvocato sono prestate in abbinamento alle altre Garanzie del Modulo e cessano al cessare di queste.

Le Garanzie operano per i Sinistri che si verificano in corso di efficacia delle stesse, fino alla scadenza.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione Active Protezione non può essere risolta e rimane in vigore fino a quando resta in vigore anche solo una delle Garanzie attivate.

Il Contraente o Generali Italia possono impedire la tacita proroga delle specifiche Garanzie, se prevista, con **comunicazione scritta di disdetta inviata almeno 30 giorni prima della scadenza** indicata in Polizza (o della scadenza dell'annualità per cui l'assicurazione è stata prorogata). **La facoltà di disdetta può essere esercitata nel rispetto delle regole di interdipendenza tra le Garanzie**. Tale facoltà non è prevista per la Garanzia *Pronto Avvocato*. Nel caso di mancata indicazione delle Garanzie oggetto di disdetta, la comunicazione è valida ed efficace per tutte le Garanzie attivate. Valgono comunque i termini di durata previsti per ciascuna Garanzia. Le Garanzie Prevenzione e Assistenza non possono essere oggetto di disdetta in modo autonomo e cessano a seguito di disdetta delle altre Garanzie del Modulo. Le Garanzie Infortuni non possono essere oggetto di disdetta singolarmente. Nel caso di sottoscrizione di **Garanzie di durata superiore a 5 anni**, con applicazione della riduzione del Premio prevista per legge per le Garanzie di durata poliennale, il Contraente ha inoltre facoltà di **recedere dopo il termine di 5 anni** con **comunicazione scritta inviata almeno 30 giorni prima della relativa scadenza**. Il recesso ha effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è esercitato. In caso di esercizio, da parte di Generali Italia, della facoltà di modifica delle condizioni di Assicurazione o di Premio al momento del rinnovo, anche tacito, delle Garanzie in scadenza, se il Contraente non accetta le nuove condizioni proposte attraverso il pagamento del Premio entro il termine di 30 giorni dalla scadenza, tali Garanzie cessano alla scadenza originariamente pattuita maggiorata di 30 giorni e l'Assicurazione Active Protezione prosegue per le altre Garanzie. Nei casi, tassativamente individuati, in cui Generali Italia esercita, per la generalità dei contratti di durata poliennale dello stesso tipo, la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni in corso prima della loro scadenza, il Contraente può recedere dalle Garanzie oggetto di modifica o dall'intera Assicurazione Active Protezione. Il Contraente o Generali Italia hanno inoltre facoltà di recedere per Sinistro, con effetto per tutte le Garanzie attivate nel presente Modulo, anche dopo ogni denuncia di Sinistro relativo a una o più delle stesse e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tramite invio della relativa comunicazione entro tale termine. Non è prevista la facoltà del Contraente o di Generali Italia di recedere per Sinistro che riguarda solo le Garanzie Prevenzione e Assistenza.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia può recedere per aggravamento di Rischio, con comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ne ha avuto conoscenza.

Se il contratto è collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla sua conclusione. In tal caso deve inviare richiesta scritta all'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.

Assicurazione per la copertura dei rischi per Infortuni domestici, Infortuni della circolazione e Assistenza

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

Prodotto: Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi

data di aggiornamento: 11.07.2026

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di GENERALI ITALIA S.p.A., società appartenente al gruppo Generali con sede legale 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 al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.
Patrimonio netto al 31/12/2025: € 8.716.522.469 di cui risultato economico di periodo € 1.180.954.268. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.
Indice di solvibilità (solvency ratio): 258% (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). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Le Garanzie operano, se riportate in Polizza e se è stato corrisposto il relativo Premio, nei limiti indicati nella sezione "Ci sono limiti di Copertura?" e in ogni caso nel limite delle somme assicurate e Massimali indicati in Polizza, che valgono per l'intero Nucleo familiare. Nel dettaglio:

- La somma assicurata indicata in Polizza per le Garanzie **Invalidità permanente da infortunio** e **Morte da infortunio** è suddivisa in parti uguali tra gli Assicurati;
- Il Massimale indicato in Polizza per la Garanzia **Rimborso spese sanitarie da infortunio** costituisce il limite per annualità assicurativa per l'intero Nucleo familiare;
- La somma assicurata indicata in Polizza per la Garanzia **Rendita vitalizia da infortunio** è la somma massima che Generali Italia paga complessivamente anche in caso di Sinistro che colpisce più Assicurati; in caso di Sinistro, dopo la liquidazione, la Garanzia cessa.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA: **Le Prestazioni non sono dovute** nei casi di seguito indicati. - **Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia**: non previsto quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali; - **Rimpatrio salma**: escluse spese per cerimonia funebre e per eventuale recupero della salma. - **Espatrio salma**: escluse spese per la cerimonia funebre, per eventuale recupero della salma e spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel suo Paese d'origine.
	SEZIONE STARBENE TUTTI COMPRESI: - **Infortuni domestici**: la copertura assicurativa non opera per attività svolte con troncatrici, seghe circolari e a nastro e attrezzature azionate da motori a scoppio, fatta eccezione per tosaerba e tosasiepi. - **Infortuni del conducente di autovetture**: la copertura assicurativa non opera per l'attività professionale di autista, rappresentante di commercio o appartenente ai corpi militari; Malattie come conseguenza delle infezioni dovute a Infortunio.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE PREVENZIONE E ASSISTENZA
Ciascuna Prestazione è dovuta per massimo 3 volte per annualità assicurativa. Valgono inoltre i **limiti specifici indicati di seguito.**
Servizi di prevenzione PLUS
Servizio di consulto remoto: massimo di 3 consulti per annualità assicurativa; **Second Opinion**: 1 parere per annualità assicurativa.
Prestazioni assistenza START
Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia: fino a 250,00 euro per Sinistro e 500,00 euro per annualità assicurativa; **Invio di un infermiere al domicilio in Italia**: massimo 5 sedute; **Rimpatrio salma**: fino a 5.000,00 euro per Sinistro; **Espatrio salma**: fino a 10.000,00 euro per Sinistro.
Prestazioni assistenza STARBENE TUTTI COMPRESI
Assistenza per cure fisioterapiche e **Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riablitativo**: massimo 5 sedute; **Invio di un/una Colf**: massimo 8 ore; **Rientro anticipato**: massimo 200,00 euro dall'Italia e massimo 300,00 euro dall'estero; **Supporto psicologico in Italia**: massimo 5 sedute per anno assicurativo; **Invio di un insegnante a domicilio in Italia**: massimo 5 ore per anno assicurativo; **Invio di baby sitter/assistente familiare a domicilio in Italia**: massimo 8 ore per Sinistro; **Invio di un assistente familiare in Italia**: massimo 8 ore per Sinistro; **Phone caring per genitori anziani**: massimo 30 giorni.

SEZIONE STARBENE TUTTI COMPRESI – GARANZIE SEMPRE OPERANTI
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Invalidità permanente da infortunio: Franchigia pattuita e indicata in Polizza.
Rendita vitalizia da infortunio: in caso di invalidità permanente pari o superiore al 66%, per importo indicato in Polizza.
Rimborso spese sanitarie da infortunio: Scoperto 10% con minimo di 200,00 euro per Sinistro. Inoltre, in caso di Ricovero, i trattamenti fisioterapici e rieducativi sostenuti nei 180 giorni dopo il Ricovero sono rimborsati fino al limite del 30% della somma assicurata con un massimo di 1.000,00 euro; in assenza di Ricovero, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, sostenuti nei 120 gg successivi all'infortunio, sono rimborsati fino al limite del 20% della somma assicurata con un massimo di 1.000,00 euro.

SEZIONE STARBENE TUTTI COMPRESI – GARANZIE ACCESSORIE
Valgono le esclusioni specifiche di seguito elencate per Garanzia.
Forfait per piccole invalidità: in caso di Invalidità permanenti da 1% a 5% prevede un Indennizzo fisso in base al capitale assicurato.

A chi è rivolto questo prodotto?

Active Protezione - Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi è rivolto alle persone fisiche e ai loro nuclei familiari per la protezione della persona in caso di Infortunio. Il Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi si rivolge ai soggetti che hanno espresso il bisogno di copertura relativo a Cura della persona (Garanzie In autonomia, In attività e In continuità) e all'Assistenza e soccorso (Garanzie Prevenzione e Assistenza, Garanzia Pronto Avvocato).

Quali costi devo sostenere?

Il Modulo prevede costi medi di intermediazione del 25,40% del Premio imponibile pagato dal Contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata a Generali Italia S.p.A. – Customer Advocacy e Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187; • Tramite il sito internet della Compagnia www.cattolica.it, nella sezione Reclami; • Tramite mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Customer Advocacy e Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per massimo 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento di Agenti, loro dipendenti e collaboratori.
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. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è disponibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:	
Arbitro Assicurativo	È obbligatorio ricorrere all'Arbitro Assicurativo previsto dalla legge come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria, in alternativa alla Mediazione. Il ricorso va presentato tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È obbligatorio ricorrere alla Mediazione prevista dalla legge come condizione di procedibilità per le controversie sui contratti di assicurazione. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC generali_mediazione@pec.generaligroup.com o presso la sede legale di Generali. È 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).
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato a Generali Italia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	È possibile attivare: - perizia contrattuale per le controversie di natura medica. Le parti nominano un perito ciascuna e l'accordo è vincolante. L'istanza di attivazione deve essere indirizzata all'indirizzo PEC: cattolica@pec.generaligroup.como tramite Raccomandata presso la sede legale di Generali Italia. - procedura FIN-NET per la risoluzione delle liti transfrontaliere. È possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione europea o https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).

REGIME FISCALE

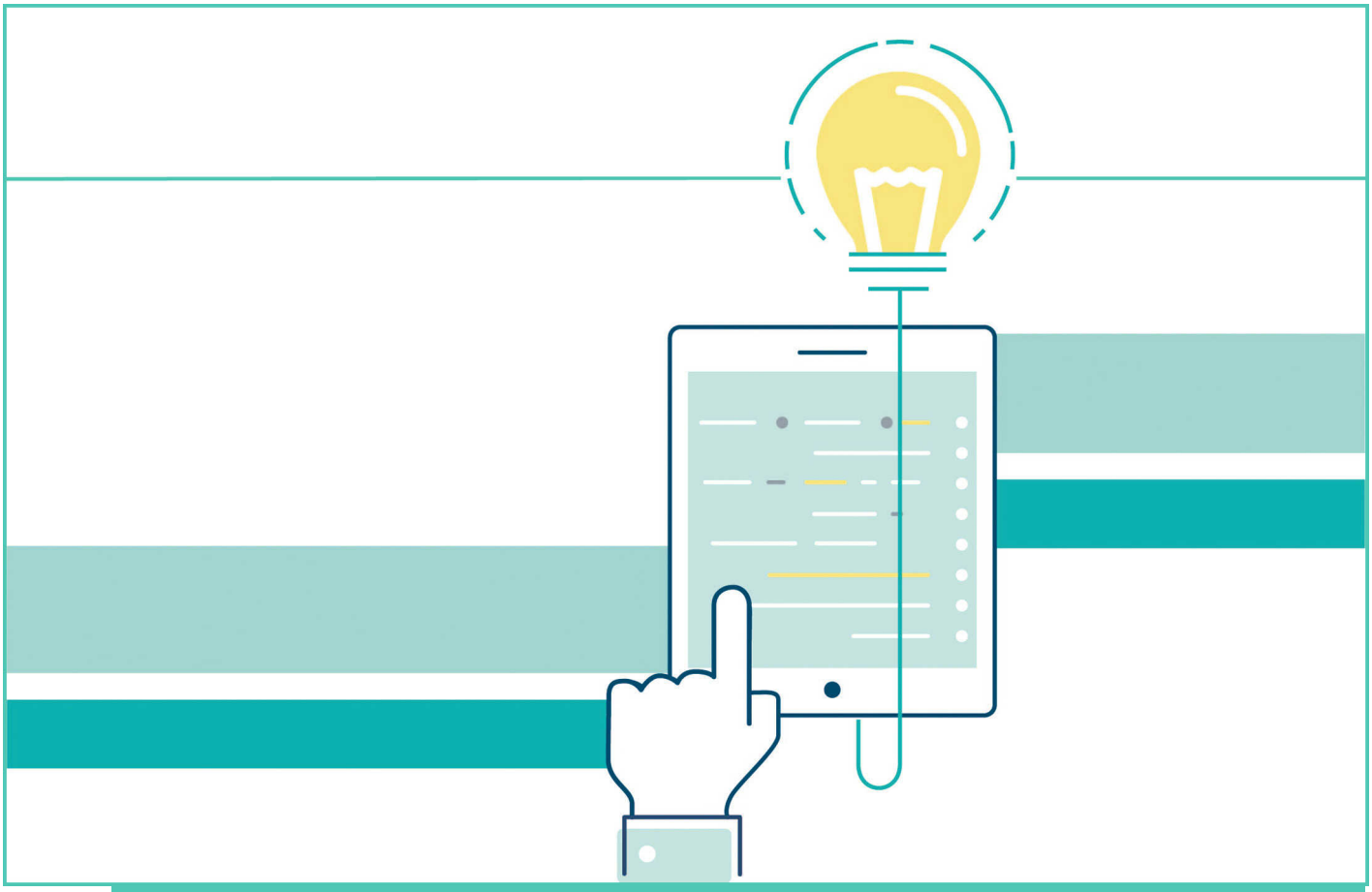
Trattamento fiscale applicabile al contratto	L'imposta dovuta sul Premio imponibile è: 10% per le **Garanzie Assistenza**; 2,5% per le **Garanzie Infortuni**; 21,25% per la **Garanzia Pronto Avvocato.** I Premi delle Garanzie che coprono il rischio di morte o di Invalidità permanente non inferiore al 5% sono detraibili ai fini dell'imposta sui redditi ai sensi della vigente normativa fiscale. Le somme dovute da Generali Italia per la Garanzia Rendita vitalizia da Infortunio è soggetta alle ritenute fiscali previste dalla normativa vigente.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il **cliente** è stato **precedentemente affetto da patologie oncologiche** - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto** a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. **Il termine è ridotto da dieci a cinque anni**, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le **patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi**, sono previsti **termini inferiori, indicati nella Tabella**, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.

Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o per la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 CON LE SEGUENTI FUNZIONALITÀ: VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI E LE GARANZIE ACQUISTATE; VISUALIZZARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; PAGARE I PREMI DI POLIZZA SUCCESSIVI AL PREMIO DI PERFEZIONAMENTO; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY; SEGNALARE UN SINISTRO.



MODULO SALUTE E BENESSERE – Starbene Tutti compresi PAG.

PRESENTAZIONE MODULO 1
CONDIZIONI SPECIFICHE - DEFINIZIONI 3
DEFINIZIONI SPECIFICHE - PREVENZIONE E ASSISTENZA 3
DEFINIZIONI SPECIFICHE - STARBENE TUTTI COMPRESI 4
CONDIZIONI SPECIFICHE PREVENZIONE E ASSISTENZA 6
PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE START 6
SERVIZI DI PREVENZIONE START 6
Che cosa è assicurato? 6
Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie 6
Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate 6
Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate 6
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 6
Che obblighi ho? 7
Quali obblighi ha l'impresa 7
Art. 1.1 Come attivare i servizi 7
PRESTAZIONI ASSISTENZA START 7

Che cosa è assicurato? 7
Art. 1.1 Consulenza medica 7
Art. 1.2 Consulenza cardiologica 7
Art. 1.3 Consulenza pediatrica 7
Art. 1.4 Consulenza ginecologica 7
Art. 1.5 Consulenza neurologica 7
Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia 7
Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia 8
Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia 8
Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia 8
Art. 1.10 Rimpatrio salma 8
Art. 1.11 Espatrio salma 8
Che cosa NON è assicurato? 9
Art. 2.1 Esclusioni 9
Ci sono limiti di copertura? 9
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 9
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 9
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 9
Dove vale la copertura? 9
Art. 4.1 Validità territoriale 9
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 10
Che obblighi ho? 10
Quali obblighi ha l'impresa 10
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 10
PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE TUTTI COMPRESI 10
SERVIZI DI PREVENZIONE PLUS 10
Che cosa è assicurato? 10
Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie 10
Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate 11
Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate 11
Art. 1.4 Servizio di consulto remoto 11
Art. 1.5 Second Opinion (consulto di alta specializzazione) 12
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 12
Che obblighi ho? 12
Quali obblighi ha l'impresa 12
Art. 1.1 Come attivare i servizi 12
PRESTAZIONI ASSISTENZA TUTTI COMPRESI 12

Che cosa è assicurato? 12
Art. 1.1 Consulenza medica 12
Art. 1.2 Consulenza cardiologica 12
Art. 1.3 Consulenza pediatrica 12
Art. 1.4 Consulenza ginecologica 13
Art. 1.5 Consulenza neurologica 13
Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia 13
Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia 13
Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia 13
Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia 13
Art. 1.10 Rimpatrio salma 14
Art. 1.11 Espatrio salma 14
Art. 1.12 Assistenza per cure fisioterapiche 14
Art. 1.13 Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo 14
Art. 1.14 Invio di un/una Colf 14
Art. 1.15 Rientro anticipato 15
Art. 1.16 Consulenza medica post infortunio 15
Art. 1.17 Info sport in sicurezza 15
Art. 1.18 Supporto psicologico in Italia 15
Art. 1.19 Invio di un insegnante a domicilio in Italia 15
Art. 1.20 Invio di baby sitter/assistente familiare a domiclio in Italia 15
Art. 1.21 Invio di un assistente familiare in Italia 16
Art. 1.22 Phone caring (programma di assistenza telefonica) per genitori anziani 16
Che cosa NON è assicurato? 16
Art. 2.1 Esclusioni 16
Ci sono limiti di copertura? 17
Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa 17
Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative 17
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 17
Dove vale la copertura? 17
Art. 4.1 Validità territoriale 17
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 18
Che obblighi ho? 18
Quali obblighi ha l'impresa 18
Art. 1.1 Come attivare l'assistenza 18
CONDIZIONI SPECIFICHE STARBENE TUTTI COMPRESI 19
Che cosa è assicurato? 19
Art. 1.1 Assicurati 19
Art. 1.2 Rischi assicurati 19

Art. 1.2.1 Infortuni domestici 19
Art. 1.2.2 Infortuni del conducente di autovetture 19
Art. 1.3 Ulteriori eventi indennizzabili 19
IN AUTONOMIA 21
Art. 2.1 Invalidità permanente da infortunio 21
Art. 2.1.1 Forfait per piccole invalidità 23
Art. 2.2 Rendita vitalizia da infortunio 24
IN ATTIVITÀ 25
Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie da infortunio 25
IN CONTINUITÀ 26
Art. 4.1 Morte da infortunio 26
Che cosa NON è assicurato? 27
Art. 5.1 Persone non assicurabili 27
Art. 5.2 Esclusioni 27
Ci sono limiti di copertura? 29
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO 29
Dove vale la copertura? 30
Art. 1.1 Dove operano le Garanzie 30
Con quali condizioni operative assicuriamo? 30
Art. 2.1 Criteri di indennizzabilità 30
Che obblighi ho? 30
Quali obblighi ha l'impresa 30
Art. 3.1 Variazione della residenza 30
Quando e come devo pagare? 30
Art. 4.1 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali 30
Quando comincia la copertura e quando finisce? 31
Art. 5.1 Durata delle Garanzie attivate 31
Come posso disdire le Garanzie? 31
Art. 6.1 Disdetta e proroga delle Garanzie attivate 31
NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO 32
Che obblighi ho? 32
Quali obblighi ha l'impresa 32
Art. 1.1 Denuncia dell'infortunio 32
Art. 1.2 Pagamento dell'indennizzo 32
Art. 1.3 Modalità di pagamento Rimborso spese sanitarie 32
Art. 1.4 Controversie - Perizia contrattuale 32
Art. 1.5 Rinuncia all'azione di rivalsa 33

Come posso disdire le Garanzie? 33
Art. 2.1 Recesso in caso di sinistro 33

PRESENTAZIONE MODULO

Il **Modulo SALUTE E BENESSERE – Starbene Tutti compresi** è parte integrante del contratto di assicurazione Active Protezione e contiene le Condizioni Specifiche delle seguenti Garanzie per proteggere i componenti del Nucleo familiare in caso di Infortunio:

PREVENZIONE E ASSISTENZA
- Prevenzione e Assistenza STARBENE START
- Prevenzione e Assistenza STARBENE TUTTI COMPRESI

STARBENE TUTTI COMPRESI
In autonomia
- Invalidità permanente da infortunio
- Forfait per piccole invalidità
- Rendita vitalizia da infortunio

In attività
- Rimborso spese sanitarie da infortunio

In continuità
- Morte da infortunio

Le Condizioni Specifiche si compongono di:
- Definizioni;
- norme proprie delle singole Garanzie attivate, che contengono la disciplina specifica di tali Garanzie;
- Norme Comuni, che contengono la disciplina comune a tutte le Garanzie attivate.

Funzionamento

La formula Starbene Tutti compresi del Modulo SALUTE E BENESSERE contiene un pacchetto di Garanzie attivabile in quattro formulazioni alternative che variano per le somme assicurate/massilali previsti per le singole Garanzie:
- BASIC
- COMFORT
- TOP
- VIP

È inoltre prevista la Garanzia accessoria Forfait per piccole invalidità attivabile con le formulazioni COMFORT, TOP e VIP.

Le Garanzie Prevenzione e Assistenza sono prestate in abbinamento alle Garanzie Infortuni, insieme alla Garanzia *Pronto Avvocato*, che è comune a tutti i Moduli del prodotto Active Protezione ed è quindi disciplinata nella sezione NORME COMUNI DEL PRODOTTO.

Pertanto, la disattivazione delle Garanzie Infortuni comporta anche la contestuale cessazione delle Garanzie Prevenzione e Assistenza a esse connessa e, in assenza di altri Moduli, determina la cessazione anche della Garanzia *Pronto Avvocato*.
Le Garanzie operano se riportate in Polizza e se è stato corrisposto il Premio.

TABELLA DELLE GARANZIE

Garanzia base	Garanzia principale che può essere attivata da sola
Garanzia accessoria	Garanzia che può essere attivata solo con una Garanzia base
Garanzia Prevenzione e Assistenza	Una delle due diverse soluzioni di copertura Prevenzione e Assistenza attivata con le Garanzie base
Garanzia Pronto Avvocato	Il servizio assicurativo attivo con ogni Modulo
Condizioni di attivazione	Regole per attivare le Garanzie

GARANZIE BASE	GARANZIE ACCESSORIE	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE
Invalidità permanente da infortunio **Rendita vitalizia da infortunio** **Rimborso spese sanitarie da infortunio** **Morte da infortunio**		Pacchetto di Garanzie attivabile in 4 diverse formulazioni che si differenziano solo per somme assicurate/massimali con cui sono prestate le Garanzie: - BASIC - COMFORT - TOP - VIP
	Forfait per piccole invalidità	Attivabile con formulazioni base: - COMFORT - TOP - VIP

GARANZIE Prevenzione e Assistenza	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE
Prevenzione e Assistenza STARBENE START **Servizi di prevenzione START** • Servizio di ricerca strutture sanitarie • Accesso al network sanitario a tariffe agevolate • Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate **Prestazioni assistenza START** • Consulenza medica • Consulenza cardiologica • Consulenza pediatrica • Consulenza ginecologica • Consulenza neurologica • Invio di un medico al domicilio in Italia • Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia • Invio di un infermiere al domicilio in Italia • Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia • Rimpatrio salma • Espatrio salma	Attiva con Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi e alternativa a PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE TUTTI COMPRESI
Prevenzione e Assistenza STARBENE TUTTI COMPRESI **Servizi di prevenzione PLUS**, che prevede in aggiunta ai Servizi di prevenzione START i seguenti: • Servizio di consulto remoto • Second opinion **Prestazioni assistenza TUTTI COMPRESI**, che prevede in aggiunta alle Prestazioni assistenza START, le seguenti: • Assistenza per cure fisioterapiche • Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo • Invio di un/una colf • Rientro anticipato • Consulenza medica post infortunio • Info sport in sicurezza • Supporto psicologico in Italia • Invio di un insegnante a domicilio in Italia • Invio di baby sitter/assistente familiare a domicilio in Italia • Invio di un assistente familiare in Italia • Phone caring per genitori anziani	Attiva con Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi e alternativa a PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE START

Garanzia Pronto Avvocato	CONDIZIONI DI ATTIVAZIONE
Servizio assicurativo di consulenza legale telefonica comune a tutti i Moduli del prodotto Active Protezione	Sempre attiva con il Modulo SALUTE E BENESSERE - Starbene Tutti compresi

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura del documento, abbiamo utilizzato i seguenti strumenti grafici:

- **AVVERTENZE: per richiamare l'attenzione a prendere consapevolezza di particolari regole;**
- **Carattere grassetto: per dare maggior risalto al testo da leggere con particolare attenzione;**
- **Lettera Iniziale maiuscola: per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;**

- **Box con esempi:**

Per aiutare a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento delle Garanzie.

Per l'attivazione delle Prestazioni e dei servizi **Prevenzione e Assistenza** e per la Garanzia **Pronto Avvocato** contattare i seguenti numeri:

Numero Verde **800 572 572**
+39 02 5824 0565 per chiamate dall'estero

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve subito fare denuncia all'Agenzia di riferimento che fornisce aiuto. In alternativa, può inviare una comunicazione per iscritto, alla sede legale di Generali Italia, tramite lettera raccomandata o PEC ai seguenti recapiti:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

È anche possibile segnalare il Sinistro tramite l'Area Clienti del sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

CONDIZIONI SPECIFICHE - DEFINIZIONI

Nelle Condizioni Specifiche del presente Modulo, ai termini di seguito indicati è attribuito il significato qui precisato e sono sempre riportati con l'iniziale maiuscola:

DEFINIZIONI SPECIFICHE - PREVENZIONE E ASSISTENZA

Centrale Operativa	Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale 10.000,00 euro, interamente versato, inscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA n. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., in funzione dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 22:00 e il sabato dalle 08:00 alle 14:00 (esclusi i festivi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l'Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l'organizzazione e fornitura dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazioni sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, tramite soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi, si avvalgono anche di personale medico.
GENERALI WELION S.C.A.R.L.	Società appartenente al Gruppo Generali soggetta alla direzione e al coordinamento di Generali Italia S.p.A. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche da cui derivano la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea. Le lesioni devono essere conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio e accertabili in maniera oggettiva.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata SSN o privata) autorizzati all'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno, cliniche con finalità dietologiche ed estetiche.
Prestazione	Assistenza fornita tramite la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Generali Italia.

Ricovero	Degenza in Istituto di cura anche in regime di day hospital.
Sinistro	Fatto o avvenimento che si verifica durante la validità dell'Assicurazione che comporta la richiesta di Prestazione o servizi e che rientra in copertura.
Struttura Organizzativa	REDION ITALY INSURANCE S.P.A. con sede in Assago (MI) Via del Mulino, 4 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 01333550323, iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 e alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, Società unipersonale 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 S.p.A. al contatto col Contraente/Assicurato, all'organizzazione e fornitura delle Prestazioni entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A..
Strutture mediche Convenzionate	Strutture sanitarie (Istituti di cura e ambulatori medici) e medici e altri professionisti dell'area sanitaria convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.
Strutture odontoiatriche Convenzionate	Studi dentistici e odontoiatrici e medici dentisti e odontoiatri convenzionati con GENERALI WELION S.C.A.R.L. per conto di Generali Italia.

DEFINIZIONI SPECIFICHE - STARBENE TUTTI COMPRESI

Atto terroristico	Atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscono da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale Generali Italia paga l'Indennizzo in caso di Infortunio mortale dell'Assicurato.
Cartella clinica	Documento ufficiale e atto pubblico compilato durante il Ricovero o il Day hospital, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
Day hospital	Degenza senza Intervento chirurgico presso reparto di Istituto di cura a regime solo diurno, documentata da Cartella clinica.
Day surgery	Intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura, con degenza diurna in reparto che non comporta pernottamento, documentato da Cartella clinica.
Franchigia	Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali per le Invalidità, in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese.
Frattura	Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti. **Non sono compresi distacchi parcellari e infrazioni.**
Inabilità temporanea	Perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	Somma dovuta da Generali Italia in caso di Sinistro, anche sotto forma di rimborso spese.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce Lesioni corporali accertabili in maniera oggettiva, le quali hanno per conseguenza la morte, l'Invalidità permanente o una Inabilità temporanea.
Invalidità permanente (IP)	Perdita permanente, definitiva e irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Intervento chirurgico	Atto medico, con finalità terapeutica o diagnostica, eseguito con qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, incidendo la cute o i tessuti dell'organismo anche con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. I punti di sutura non sono considerati Intervento chirurgico.

Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata con SSN o privata) in Italia o all'estero, autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al Ricovero e all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna e dotati di attrezzature per il pernottamento dei pazienti e per le terapie di stati patologici mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato. **Non sono considerati Istituti di cura**: le case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e ospizi per anziani, gli hospice, gli stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, le cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili.
Lesione	Qualsiasi modificazione menomante a carico di un organo o di un tessuto, con alterazione della continuità della forma, della struttura e della funzione provocata da cause fisiche (agenti traumatici), chimiche (intossicazioni) o biologiche (microrganismi).
Nucleo familiare	Il Contraente, il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto[1] e i loro figli che risultano dal certificato di Stato di Famiglia del Contraente stesso. I figli minorenni del Contraente o del coniuge, della persona unita civilmente o convivente di fatto sono sempre inclusi nel Nucleo familiare, anche se non risultano dal certificato di Stato di Famiglia.
Pronto soccorso	Struttura che garantisce solo il trattamento delle emergenze-urgenze, cioè di quelle condizioni patologiche spontanee o traumatiche, che richiedono immediati interventi diagnostici e terapeutici.
Ricovero	Degenza presso reparto di Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, documentato da Cartella clinica.
Rischio	Probabilità del verificarsi del Sinistro.
Scoperto	Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'Indennizzo.

[1] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

CONDIZIONI SPECIFICHE PREVENZIONE E ASSISTENZA

PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE START

Si compone di:
- **Servizi di prevenzione START** (servizi di prevenzione e consulenza offerti da Generali Italia, anche per il tramite di Generali Welion S.c.a.r.l., delle Strutture mediche Convenzionate o da parte di società terze)
- **Prestazioni assistenza START**

SERVIZI DI PREVENZIONE START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie

Che cosa è assicurato

Con il Servizio Ricerca strutture sanitarie l'Assicurato può ricercare, tramite l'Area Cliente del sito www.cattolica.it o l'App MyCattolica, le Strutture sanitarie Convenzionate a lui più vicine e ottenere tutte le informazioni necessarie per mettervi in contatto (contatto telefonico, e-mail, orari di apertura).
Gli Assicurati diversi dal Contraente possono accedere al servizio tramite il sito web Cattolica.it nella sezione Strutture sanitarie.

Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture odontoiatriche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare i servizi

I servizi di prevenzione possono essere attivati in modalità digitale (App MyCattolica e sito www.cattolica.it) oppure chiamando la Centrale Operativa ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

PRESTAZIONI ASSISTENZA START

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Consulenza medica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare o il proprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa e chiede una consulenza telefonica. **La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.2 Consulenza cardiologica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza cardiologica per valutare o lo stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico. **La consulenza non ha valore di diagnosi.** Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.3 Consulenza pediatrica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel contattare il proprio pediatra per una consulenza pediatrica urgente a seguito di malattia o Infortunio del proprio bambino, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico. **La consulenza non ha valore di diagnosi.** Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.4 Consulenza ginecologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel contattare il proprio ginecologo per una consulenza ginecologica urgente, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurata è assistita telefonicamente dal ginecologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurata deve comunicare il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico. **La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurata.

Art. 1.5 Consulenza neurologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel contattare il proprio neurologo per una consulenza neurologica urgente, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato è assistito telefonicamente dal medico neurologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e il suo recapito telefonico**. La consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di visita medica, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato uno dei medici convenzionati. Le spese sono a carico di Generali Italia. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.
La Prestazione è opera dal lunedì al venerdì dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di trasporto tramite autoambulanza, successivamente una consulenza medica, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi del trasporto fino a 250,00 euro per Sinistro e fino a 500,00 euro per annualità assicurativa.

Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di assistenza infermieristica, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale, la Struttura Organizzativa invia un infermiere al domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 5 sedute.

Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di patologia riscontrata all'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia per cui è stato necessario il suo ricovero in una struttura ospedaliera della Regione di residenza, se le condizioni dell'Assicurato - **accertate tramite contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante** - richiedono il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto **non curabili nella struttura ospedaliera della Regione di residenza**, la Struttura Organizzativa provvede a sue spese a:

- individuare e prenotare l'Istituto di cura in Italia ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 1.10 Rimpatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto all'estero per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, solo se situato **in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea**.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese per la cerimonia funebre e per l'eventuale recupero della salma.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.

Art. 1.11 Espatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in Italia per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto

della salma **fino all'aeroporto più vicino al luogo di sepoltura, nel suo Paese d'origine**. Se non è possibile raggiungere alcun aeroporto nel Paese d'origine, la Struttura Organizzativa provvede a organizzare il trasporto della salma **fino all'aeroporto internazionale del più vicino Paese raggiungibile**. La Struttura Organizzativa provvede all'adempimento di tutte le formalità, in conformità con le norme internazionali.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione:

- **le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per l'eventuale recupero della salma;**
- **le spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel suo Paese d'origine.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 10.000,00 euro per Sinistro.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:

a) in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;
b) in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;
c) in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
d) per dolo dell'Assicurato;
e) per intervento di Pubbliche Autorità.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Generali Italia fornisce le Prestazioni per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e fino a esaurimento del massimale indicato in ogni singola Prestazione, con i limiti previsti dalle singole Prestazioni.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazioni	Franchigia/Scoperto	Limite di Indennizzo
Invio di un'autombulanza al domicilio in Italia	-	250,00 euro per sinistro 500,00 euro per annualità assicurativa
Invio di un infermiere al domicilio in Italia	-	Massimo 5 sedute
Rimpatrio salma	-	5.000,00 euro per Sinistro
Espatrio salma	-	10.000,00 euro per Sinistro

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività nella singola Prestazione.

Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le Prestazioni comunque **non operano** nei Paesi:

- che si trovano in stato di guerra dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi:
  - indicati nel sito https://www.redion.it/paesi-in-stato-di-belligeranza che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0";
  - quelli il cui stato di guerra è noto e del quale è stata data pubblica notizia;
- nei quali, al momento della denuncia di Sinistro o richiesta di assistenza, ci sono tumulti popolari;
- dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le prestazioni **solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa** ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato **deve comunicare**:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.
Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[2]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

PREVENZIONE E ASSISTENZA STARBENE TUTTI COMPRESI

Si compone di:

- **Servizi di prevenzione PLUS** (servizi di prevenzione e consulenza offerti da Generali Italia, anche per il tramite di Generali Welion S.c.a.r.l., delle Strutture mediche Convenzionate o da parte di società terze)
- **Prestazioni assistenza TUTTI COMPRESI**

SERVIZI DI PREVENZIONE PLUS

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Servizio di Ricerca strutture sanitarie

Che cosa è assicurato

Con il Servizio di Ricerca strutture sanitarie l'Assicurato può ricercare, tramite l'Area Clienti del sito www.cattolica.it o l'App MyCattolica, le Strutture sanitarie Convenzionate a lui più vicine e ottenere tutte le informazioni necessarie per mettersi in contatto (contatto telefonico, e-mail, orari di apertura).
Gli Assicurati diversi dal Contraente possono accedere al servizio tramite il sito web Cattolica.it nella sezione Strutture sanitarie.

Art. 1.2 Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.3 Accesso al network odontoiatrico a tariffe agevolate

Che cosa è assicurato

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture odontoiatriche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.
Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card allegata alla Polizza (disponibile anche nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica) e un documento di identità in corso di validità.
L'elenco delle Strutture odontoiatriche Convenzionate è disponibile all'indirizzo https://www.cattolica.it/strutture-sanitarie-convenzionate/.
Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica.

Art. 1.4 Servizio di consulto remoto

Che cosa è assicurato

In caso di necessità, l'Assicurato può usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica da remoto (telefono/video) che prevede:

a) informazioni medico sanitare su vaccinazioni,
b) parere medico immediato,
c) guida sanitaria on-line.

Di seguito gli aspetti dettaglio del servizio:

a. **Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni:**
servizio che in caso di necessità, consente all'Assicurato di mettersi in contatto con un medico appartenente a una delle Strutture mediche Convenzionate, che fornisce supporto informativo riguardo a:
   - vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge Italiana (quali vaccini, modalità di somministrazione, calendario vaccinale);
   - vaccinazioni consigliate in vista di viaggi e trasferte in altri paesi nel mondo (tempistiche, modalità di somministrazione);

b. **Parere medico immediato:**
servizio tramite il quale l'Assicurato, in caso di necessità, può mettersi in contatto con personale medico che fornisce le informazioni più opportune e i consigli richiesti.

c. **Guida sanitaria on-line:**
servizio di informazione sanitaria in merito a:
   - strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
   - aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
   - centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
   - farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni).

L'Assicurato può richiedere i servizi di consulenza forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 572 572 (dall'estero +39 02 5824 0565) o tramite accesso diretto nell'Area Clienti dal sito www.cattolica.it o dall'App MyCattolica (dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 22:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 14:00, esclusi i festivi). Previa verifica del diritto alla prestazione, l'Assicurato viene messo in contatto con un medico della Centrale Operativa. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni mediche.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi dei servizi per un massimo di 3 consulti remoti per annualità assicurativa.
Il servizio opera nei soli confronti del Contraente.

Art. 1.5 Second Opinion (consulto di alta specializzazione)

Che cosa è assicurato

In caso di necessità l'Assicurato può contattare la Centrale Operativa per chiedere un secondo parere medico di qualità a seguito di una diagnosi, o test diagnostici.
La second opinion è fornita, dalle Strutture mediche Convenzionate, nei seguenti ambiti:

- Oncologico,
- Cardiologico,
- Generalista.

L'Assicurato può richiedere il servizio Second Opinion fornito dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 572 572 (dall'estero +39 02 5824 0565) dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 14:00, esclusi i festivi. Previa verifica del diritto alla prestazione, l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione medica in suo possesso per una corretta erogazione del servizio.
Il servizio è offerto agli Assicurati di età superiore ai 15 anni.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi dei servizi per un solo secondo parere per annualità assicurativa.
Il servizio opera nei soli confronti del Contraente.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?

Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare i servizi

I servizi di prevenzione possono essere attivati in modalità digitale (App MyCattolica e sito www.cattolica.it) oppure chiamando la Centrale Operativa ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

PRESTAZIONI ASSISTENZA TUTTI COMPRESI

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Consulenza medica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare o il prorprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa per chiedere una consulenza telefonica.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.2 Consulenza cardiologica

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza cardiologica per valutare o lo stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.3 Consulenza pediatrica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel reperire il proprio pediatra per una consulenza pediatrica urgente a seguito di malattia o Infortunio del proprio bambino, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.4 Consulenza ginecologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel reperire il proprio ginecologo per una consulenza ginecologica urgente, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurata è assistita telefonicamente dal ginecologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurata deve comunicare il motivo della sua richiesta e il recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.5 Consulenza neurologica

Che cosa è assicurato

In caso di difficoltà nel reperire il proprio neurologo per una consulenza neurologica urgente, a seguito di malattia o Infortunio, l'Assicurato è assistito telefonicamente dal medico neurologo della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e il recapito telefonico.
La consulenza non ha valore di diagnosi. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.6 Invio di un medico al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di visita medica, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato uno dei medici convenzionati. Le spese sono a carico di Generali Italia. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.
La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Art. 1.7 Invio di un'autoambulanza al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di trasporto tramite autoambulanza, dopo una consulenza medica, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi del trasporto fino a 250,00 euro per Sinistro e 500,00 euro per annualità assicurativa.

Art. 1.8 Invio di un infermiere al domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di assistenza infermieristica, nella settimana successiva al rientro da un Ricovero in ospedale, la Struttura Organizzativa invia un infermiere al domicilio dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 5 sedute.

Art. 1.9 Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di patologia riscontrata all'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia per cui è stato necessario il suo Ricovero in una struttura ospedaliera della Regione di residenza, se le condizioni dell'Assicurato - **accertate tramite contatto tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante** - richiedono il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto **non curabili nella struttura ospedaliera della Regione di residenza**, la Struttura Organizzativa provvede a sue spese a:

- individuare e prenotare l'Istituto di cura in Italia ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Che cosa NON è assicurato

La Prestazione non è prevista quando il trasporto viola norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 1.10 Rimpatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, solo se situato **in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea**.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione le spese per la cerimonia funebre e per l'eventuale recupero della salma.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.

Art. 1.11 Espatrio salma

Che cosa è assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in Italia per Infortunio, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma **fino all'aeroporto più vicino al luogo di sepoltura, nel suo Paese d'origine**.
Se non è raggiungere alcun aeroporto nel Paese d'origine, la Struttura Organizzativa provvede a organizzare il trasporto della salma **fino all'aeroporto internazionale del più vicino Paese raggiungibile**. La Struttura Organizzativa provvede all'adempimento di tutte le formalità, in conformità con le norme internazionali.

Che cosa NON è assicurato

Sono escluse dalla Prestazione:
- **le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per l'eventuale recupero della salma;**
- **le spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura nel suo Paese d'origine.**

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico i costi fino a un importo massimo di 10.000,00 euro per Sinistro.

Art. 1.12 Assistenza per cure fisioterapiche

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio, nella settimana successiva a un Ricovero in ospedale, per cui è necessario un fisioterapista a domicilio (in Italia) nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa procura un fisioterapista all'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Generali Italia tiene a proprio carico l'onorario del fisioterapista fino a un massimo di 5 sedute.

Art. 1.13 Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo

Che cosa è assicurato

In caso di Infortunio sportivo, nella settimana successiva a un Ricovero in ospedale, per cui è necessario un fisioterapista a domicilio (in Italia) nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa procura un fisioterapista all'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 5 sedute.

Art. 1.14 Invio di un/una Colf

Che cosa è assicurato

In caso di impossibilità a lasciare il proprio domicilio (in Italia) nella settimana successiva a un Ricovero in ospedale a seguito

di un Infortunio, la Struttura Organizzativa invia personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare.

Ci sono limiti di copertura

I costi del servizio sono a carico della Struttura Organizzativa fino a massimo 8 ore.

Art. 1.15 Rientro anticipato

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato si trova all'estero ed è costretto a rientrare alla propria residenza, prima della data prevista, a causa della morte (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del Ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita, del coniuge/persona unita civilmente, convivente di fatto[3], figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero o nuora, la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica. Le spese di viaggio sono a carico di Generali Italia.

L'Assicurato deve fornire entro 15 giorni dal Sinistro il certificato di morte e ogni altra documentazione utile richiesta.

Ci sono limiti di copertura

In caso di impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso e tiene a proprio carico il costo dei biglietti:

- **fino a un importo massimo di 200,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;**
- **fino a un importo massimo di 300,00 euro se il viaggio di rientro avviene dall'estero.**

Art. 1.16 Consulenza medica post infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di consulenza medica per valutare o il proprio stato di salute o la prestazione più opportuna, a seguito di Infortunio sportivo, l'Assicurato contatta i medici della Struttura Organizzativa per una consulenza telefonica.
Considerate le modalità di prestazione del servizio, **la consulenza non ha valore di diagnosi**. Il servizio è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.17 Info sport in sicurezza

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di informazioni che riguardano la pratica sicura dell'attività sportiva, l'Assicurato contatta la Struttura Organizzativa per un consulto telefonico con uno specialista, che fornisce all'Assicurato le seguenti informazioni:

- indicazioni utili per la prevenzione degli infortuni sportivi;
- suggerimenti per la pratica di attività sportiva idonea in base all'età e alla condizione fisica.

Art. 1.18 Supporto psicologico in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di trauma psicologico a seguito di cyberbullismo, per cui è necessario un supporto psicologico per il figlio minore di anni 18, l'Assicurato può contattare la Struttura Organizzativa, che lo mette in contatto con lo psicologo convenzionato più vicino al luogo in cui si trova l'Assicurato. **La Prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi**.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico i costi delle sedute per un massimo di 5 sedute per annualità assicurativa.

Art. 1.19 Invio di un insegnante a domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di necessità di insegnante a domicilio, a seguito di Infortunio/malattia del figlio minore di anni 18, (certificato da un medico), la Struttura Organizzativa segnala all'Assicurato il nominativo dell'insegnante individuato, nella zona in cui si trova l'Assicurato. Tale servizio è vincolato alla disponibilità locale degli insegnanti.

Ci sono limiti di copertura

La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico l'onorario fino a un massimo di 5 ore per Sinistro.

Art. 1.20 Invio di baby sitter/assistente familiare a domicilio in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di impossibilità di occuparsi di
- uno o più minori di anni 14
- figlio disabile (affetto da disabilità non grave e che non necessita di personale medico o onfermieristico)

a seguito di Ricovero di almeno una notte, da Infortunio/malattia, la Struttura Organizzativa segnala all'Assicurato il nominativo della o del baby sitter/assistente familiare, nella zona in cui si trova l'Assicurato.
Nel caso di figlio disabile **deve essere prodotta** idonea documentazione medica a comprova della disabilità.

Ci sono limiti di copertura

Tale servizio è vincolato alle disponibilità locali di baby sitter/assistenti familiari.
La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico l'onorario fino a un massimo di 8 ore per Sinistro.
Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e baby sitter/assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 1.21 Invio di un assistente familiare in Italia

Che cosa è assicurato

In caso di impossibilità a occuparsi del proprio genitore, a seguito di Ricovero ospedaliero di almeno una notte, la Struttura Organizzativa segnala all'Assicurato una o un badante nella zona in cui si trova l'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Tale servizio è vincolato alle disponibilità locali dei o delle badanti.
La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico l'onorario fino un massimo di 8 ore per Sinistro.
Eventuali eccedenze sono regolate tra Assicurato e assistente familiare inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 1.22 Phone caring (programma di assistenza telefonica) per genitori anziani

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o malattia, non ha la possibilità di contattare il proprio genitore anziano o di comunicare con lui, la Struttura Organizzativa stabilisce in accordo con l'Assicurato un programma di chiamate telefoniche nel periodo della sua temporanea assenza per stimolare l'attività relazionale del genitore anziano.
La Struttura Organizzativa, dopo aver concordato con l'Assicurato un orario di chiamata compreso **tra le ore 09:00 e le ore 18:00**, provvede a telefonare **giornalmente** al genitore anziano.
La Struttura Organizzativa effettua **3 tentativi** di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvede ad avvisare l'Assicurato o la persona da lui designata in caso di mancato contatto.
La telefonata non è effettuata da personale sanitario e **non è finalizzata alla valutazione dello stato di salute** del genitore anziano o a gestire eventuali situazioni di emergenza o urgenza. Pertanto la Struttura Organizzativa non contatta alcun servizio di emergenza o urgenza.

Ci sono limiti di copertura

L'Assicurato deve attivare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.
Le chiamate possono essere effettuate per un massimo di 30 giorni.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 2.1 Esclusioni

Le Prestazioni non sono previste per gli eventi accaduti:
a) in occasione di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti e in occasione di tutti quei fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali;
b) in occasione di atti di guerra, atti di terrorismo, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;
c) in occasione di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
d) per dolo dell'Assicurato;

e) per intervento di Pubbliche Autorità.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3.1 Limite per annualità assicurativa

Generali Italia fornisce le Prestazioni per un massimo di tre volte per annualità assicurativa e fino a esaurimento del massimale indicato in ogni singola Prestazione, con i limiti previsti dalle singole Prestazioni.

Art. 3.2 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non utilizza una o più Prestazioni, Generali Italia **non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Prestazioni	Franchigia/Scoperto	Limite di Indennizzo
Invio di un'autombulanza al domicilio in Italia	-	250,00 euro per sinistro 500,00 euro per annualità assicurativa
Invio di un infermiere al domicilio in Italia	-	Massimo 5 sedute
Rimpatrio salma	-	5.000,00 euro per Sinistro
Espatrio salma	-	10.000,00 euro per Sinistro
Assistenza per cure fisioterapiche	-	Massimo 5 sedute
Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo	-	Massimo 5 sedute
Invio di un/una Colf	-	Massimo 8 ore
Rientro anticipato	-	200,00 euro per rientro dall'Italia 300,00, euro per rientro dall'estero
Supporto psicologico in Italia	-	Massimo 5 sedute per annualità assicurativa
Invio di un insegnante a domicilio in Italia	-	Massimo 5 ore per Sinistro
Invio di baby sitter/assistente familiare a domicilio in Italia	-	Massimo 8 ore per Sinistro Condizioni di favore per eventuali eccedenze
Invio di un assistente familiare in Italia	-	Massimo 8 ore per Sinistro Condizioni di favore per eventuali eccedenze
Phone caring (programma di assistenza telefonica) per genitori anziani	-	Massimo 30 giorni

Dove vale la copertura?

Art. 4.1 Validità territoriale

Le Prestazioni operano in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano se non precisato un diverso ambito di operatività nella singola Prestazione.
Quando nelle Prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le Prestazioni comunque **non operano** nei Paesi:

- che si trovano in stato di guerra dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi:
  - indicati nel sito https://www.redion.it/paesi-in-stato-di-belligeranza che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0";
  - quelli il cui stato di guerra è noto e del quale è stata data pubblica notizia;
- nei quali, al momento della denuncia di Sinistro o richiesta di assistenza, ci sono tumulti popolari;

- dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta.

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Come attivare l'assistenza

L'Assicurato può attivare tutte le Prestazioni solo dopo aver contattato la Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:
dall'Italia al numero verde 800 572 572
dall'estero al numero +39 02 5824 0565

Quando richiede la Prestazione, l'Assicurato **deve comunicare**:

a) nome e cognome;
b) tipo di prestazione di cui ha bisogno;
c) numero di Polizza;
d) eventuale documentazione medica secondo il tipo di Prestazione richiesta;
e) indirizzo del luogo in cui si trova;
f) recapito telefonico dove può essere rintracciato nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa può chiedere all'Assicurato anche il **codice della fascia tessera** indicato nella sezione Prevenzione e Assistenza della Polizza.
Per fornire le Prestazioni previste nella specifica sezione di Polizza, la Struttura Organizzativa deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato. Per questo motivo necessita del consenso dell'Assicurato, come previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali[4]. Quando l'Assicurato contatta o fa contattare la Struttura Organizzativa, dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche relativi alla salute e a reati e condanne penali se necessario, così come indicato nell'informativa dei dati ricevuta.

[2] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.

[3] Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

[4] GDPR General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679 e Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni e modifiche.

CONDIZIONI SPECIFICHE STARBENE TUTTI COMPRESI

Che cosa è assicurato?

Art. 1.1 Assicurati

Sono assicurati:
- il Contraente;
- il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto[5] e i loro figli, tutti a condizione di risultare nel certificato di Stato di Famiglia del Contraente al momento del Sinistro;
- i figli minorenni del Contraente o del coniuge, della persona unita civilmente o convivente di fatto; i figli minorenni sono sempre inclusi in garanzia anche se non risultano dal certificato di Stato di Famiglia.

Art. 1.2 Rischi assicurati

La copertura assicurativa vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle proprie attività extraprofessionali in casa e in auto.
Le singole Garanzie operano per le somme assicurate o i Massimali, entro i limiti di Indennizzo e con l'applicazione delle Franchigie e degli Scoperti indicati in Polizza e negli articoli seguenti.
La copertura assicurativa opera per Infortuni domestici e Infortuni del conducente di autovetture.

Art. 1.2.1 Infortuni domestici

Che cosa è assicurato
Gli Infortuni domestici sono quelli subiti dall'Assicurato nell'abitazione durante lo svolgimento delle normali attività domestiche o del tempo libero.
La copertura assicurativa vale nei locali dell'abitazione di residenza del Contraente che risulta dal suo certificato di Stato di Famiglia, nelle relative dipendenze (garage, cantina, ecc.) e negli spazi adibiti a giardino o a cortile che circondano l'abitazione delimitati da recinzioni. Nel caso di immobili con più unità abitative sono compresi anche gli spazi comuni condominiali.
Le attività svolte con altri utensili e attrezzi azionati da motori, sono comprese **solo se sono utilizzate macchine:**
- **non destinate a utilizzi professionali;**
- **senza motore a scoppio**, fatta eccezione per i tosaerba e i tosasiepi.

Che cosa NON è assicurato
Sono sempre escluse le attività svolte con troncatrici, seghe circolari e a nastro e attrezzature azionate da motori a scoppio, fatta eccezione per i tosaerba e i tosasiepi.

Art. 1.2.2 Infortuni del conducente di autovetture

Che cosa è assicurato

Gli Infortuni del conducente di autovetture sono quelli subiti dall'Assicurato che si trova alla guida di autovetture a uso privato, **se abilitato secondo le disposizioni di legge in vigore.**
Sono compresi anche gli Infortuni accaduti durante lo svolgimento delle operazioni necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia.
Nel caso di patente scaduta la copertura assicurativa opera **solo se il conducente rinnova il documento entro 6 mesi dalla data del Sinistro o se il mancato rinnovo entro 6 mesi è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso**.

Che cosa NON è assicurato

La copertura assicurativa non opera per le persone che svolgono attività professionale di autista, rappresentante di commercio o appartenente ai corpi militari.

Dove vale la copertura
La copertura opera in tutto il mondo.

Art. 1.3 Ulteriori eventi indennizzabili

Che cosa è assicurato

Sono assicurati anche i seguenti eventi:

a) assideramento e congelamento;
b) asfissia di origine non morbosa;
c) annegamento;
d) ustioni provocate da animali o da vegetali, avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti esclusa comunque la malaria;
e) Infortuni che si verificano in conseguenza di imperizia, imprudenza e negligenza grave dell'Assicurato;
f) Lesioni corporali causate da tumulti popolari, **se l'Assicurato non ha partecipato attivamente agli stessi**;
g) Infortuni subiti in stato di malore, incoscienza o vertigini.

Inoltre, sono assicurate le conseguenze:
h) dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
i) di ingestione o assorbimento di sostanze se dovuti a causa fortuita;
j) delle infezioni dovute a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **escluse in ogni caso le Malattie**;
k) fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti necessari a seguito di cura delle Lesioni provocate da Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa.

IN AUTONOMIA

Art. 2.1 Invalidità permanente da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di Invalidità permanente a seguito di Infortunio la Garanzia prevede un Indennizzo a favore dell'Assicurato.

Accertamento del grado

L'accertamento del grado di Invalidità permanente avviene in base alle percentuali espresse nella tabella riportata al seguente paragrafo come **"Tabella di determinazione", secondo i seguenti criteri:**

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali indicate nella tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità persa;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, Generali Italia riconosce una percentuale di invalidità del 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di tabella sono diminuite in base al grado di invalidità che deriva dalle precedenti lesioni o menomazioni anche se non conosciute;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si applicano all'arto sinistro e viceversa;
- il deficit visivo è valutato come risulta con correzione tollerata. Se rimane un residuo deficit visivo Generali Italia paga una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Se un singolo Infortunio interessa più arti o funzioni, l'invalidità complessiva è la somma delle singole invalidità, fino a raggiungere il grado massimo del 100%.

Tabella di determinazione

Il grado di Invalidità permanente è accertato in base alle seguenti percentuali:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	**DX**	**SX**
• un arto superiore:	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%	

Anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi assoluta nasale:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12ª dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di Frattura di:	
• un metamero sacrale	3%
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'Invalidità permanente tiene conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Determinazione dell'Indennizzo

La somma assicurata per ogni Assicurato sulla base della quale calcolare l'Indennizzo, si calcola dividendo in parti uguali la somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio indicata nella specifica sezione di Polizza per il numero dei componenti del Nucleo familiare al momento del Sinistro.

Come si calcola la somma assicurata per ciascun Assicurato?

ESEMPIO: se al momento del Sinistro i componenti del Nucleo familiare sono 3 e la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio indicata nella specifica sezione di Polizza è di 90.000,00 euro, la somma assicurata per ciascuno degli Assicurati sulla quale si calcola l'Indennizzo è 30.000,00 euro.

Per calcolare l'Indennizzo si moltiplica la somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio relativa all'Assicurato per la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile indicata nella colonna "% indennizzabile", in corrispondenza della colonna "% IP accertata" della seguente tabella.

La percentuale di Invalidità permanente accertata ("% IP accertata") si determina secondo i criteri di cui ai precedenti paragrafi Accertamento del grado e Tabella di determinazione:

Colonna 1	Colonna 2	Prosecuzione colonna 1	Prosecuzione colonna 2
% IP accertata	**% indennizzabile**	**% IP accertata**	**% indennizzabile**
1	0	27	34
2	0	28	36
3	0	29	38
4	0	30	40
5	0	31	43
6	1	32	46
7	2	33	49
8	3	34	52
9	4	35	55
10	5	36	58
11	6	37	61
12	7	38	64
13	8	39	67
14	9	40	70
15	10	41	73
16	12	42	76
17	14	43	79
18	16	44	82
19	18	45	85
20	20	46	88
21	22	47	91
22	24	48	94
23	26	49	97
24	28	50-99	100
25	30	100	200
26	32		

Come si calcola l'Indennizzo?

ESEMPIO n. 1: se al momento del Sinistro i componenti del Nucleo familiare sono 3, la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio è di 90.000,00 euro e il grado di IP accertata è del 5%, non è pagato alcun Indennizzo.

ESEMPIO n. 2: se al momento del Sinistro i componenti del Nucleo familiare sono 3, la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio è di 90.000,00 euro e il grado di IP accertata è del 25%, è pagato un Indennizzo di 9.000,00 euro come di seguito calcolato:

90.000,00 /3 = 30.000,00 *30% (% indennizzabile indicata in tabella in corrispondenza della % IP accertata al 25%) = 9.000,00.

ESEMPIO n. 3: se al momento del Sinistro i componenti del Nucleo familiare sono 3, la somma assicurata per la Garanzia Invalidità permanente da infortunio è di 90.000,00 euro e il grado di IP accertata è del 60% è pagato un Indennizzo di 30.000,00 euro come di seguito calcolato:

90.000,00 /3 = 30.000,00 *100% (% indennizzabile indicata in tabella in corrispondenza della % IP accertata al 60%) = 30.000,00.

Art. 2.1.1 Forfait per piccole invalidità

Che cosa è assicurato

La presente Garanzia, **se richiamata in Polizza per l'Assicurato**, opera **a parziale deroga di quanto previsto al paragrafo Determinazione dell'Indennizzo dell'articolo Invalidità permanente da infortunio.**

In caso di Infortunio subìto dall'Assicurato alla guida di autovetture a uso privato **abilitato secondo le disposizioni di legge in vigore**, se l'Invalidità permanente accertata è compresa tra 1 e 3 punti percentuali, Generali Italia paga un Indennizzo forfettario:

- di 200,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 90.000,00 euro;
- di 300,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 120.000,00 euro;
- di 500,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 180.000,00 euro.

In caso di Invalidità permanente accertata in una misura compresa tra 4 e 5 punti percentuali, Generali Italia paga un Indennizzo forfettario:

- di 300,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 90.000,00 euro;
- di 500,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 120.000,00 euro;
- di 700,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 180.000,00 euro.

Inoltre, visti i criteri di indennizzabilità previsti per l'Invalidità permanente da infortunio, in caso di Invalidità permanente accertata superiore ai 5 punti percentuali, l'Indennizzo non può essere di importo inferiore a:

- 300,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 90.000,00 euro;
- 500,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 120.000,00 euro;
- 700,00 euro, se la somma assicurata prevista in Polizza è di 180.000,00 euro.

Art. 2.2 Rendita vitalizia da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di **Invalidità permanente accertato del 66% o superiore**, conseguente a Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia - oltre a tutto quanto dovuto per contratto - emette a proprio carico un'apposita polizza Vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia rivalutabile di importo annuo della somma indicata in Polizza nella specifica sezione, al lordo di ritenuta fiscale.

La somma assicurata indicata in Polizza nella specifica sezione vale per l'intero Nucleo familiare assicurato e **rappresenta la somma massima che Generali Italia paga complessivamente in caso di Sinistro anche se colpisce più persone assicurate.**
La presente Garanzia cessa alla liquidazione del primo Sinistro che ha determinato l'erogazione della rendita stessa e Generali Italia ha il diritto di trattenere il Premio relativo all'annualità in corso al momento della liquidazione. L'eventuale incasso del Premio non più dovuto dopo la cessazione della Garanzia non costituisce deroga implicita e pertanto Generali Italia è tenuta solo alla restituzione del Premio percepito per la Garanzia cessata[6].

IN ATTIVITÀ

Art. 3.1 Rimborso spese sanitarie da infortunio

Che cosa è assicurato

La Garanzia prevede il rimborso all'Assicurato delle seguenti spese mediche sostenute in conseguenza diretta di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **fino alla concorrenza, per annualità assicurativa, del Massimale indicato nella specifica sezione di Polizza, che è la somma massima disponibile per l'intero Nucleo familiare:**

a) **durante il Ricovero** (o in caso di **Intervento chirurgico** anche ambulatoriale o in **Day surgery**) per:
- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- trasporto dell'Assicurato in Istituto di cura e ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

b) **dopo il Ricovero** (o in caso di **Intervento chirurgico** anche ambulatoriale o in **Day surgery**) per:
- esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali avvenute **nei 180 giorni dopo la data di dimissione del primo Ricovero**; in relazione alle prestazioni odontoiatriche **sono escluse le spese sostenute per protesi dentarie**;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti **nei 180 giorni dopo la data di dimissione del primo Ricovero**.

  Ci sono limiti di copertura
  Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi Generali Italia rimborsa le spese con il limite del 30% della somma assicurata col massimo di 1.000,00 euro.

Le prestazioni di cui sopra devono essere prescritte dal medico curante.

c) **in assenza di Ricovero per:**
- esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche ambulatoriali avvenute **nei 120 giorni dopo la data dell'Infortunio**; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, **sono escluse le spese sostenute per protesi dentarie;**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti **nei 120 giorni dopo la data dell'Infortunio.**

  Ci sono limiti di copertura
  Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi Generali Italia rimborsa le spese con il limite del 20% della somma assicurata col massimo di 1.000,00 euro.

Le prestazioni devono essere prescritte dal medico curante.

Sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'Infortunio, per:
- primo acquisto di ogni tipo di protesi ortopedica e l'acquisto o noleggio **(per il periodo massimo di un anno)** di carrozzelle ortopediche;
- cure e applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, con l'**esclusione delle protesi dentarie**) effettuate **entro 2 anni dall'Infortunio** allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'Infortunio stesso.

Ci sono limiti di copertura

La presente Garanzia opera con lo Scoperto del 10% col minimo di 200,00 euro per Sinistro, che coincide con l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio, sono validi i limiti specifici indicati alle precedenti lettere b) e c).

IN CONTINUITÀ

Art. 4.1 Morte da infortunio

Che cosa è assicurato

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di **Infortunio indennizzabile** in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga la somma assicurata per la Garanzia Morte da infortunio ai Beneficiari indicati in Polizza.
La somma assicurata per ogni Assicurato si calcola dividendo in parti uguali la somma assicurata per Morte da infortunio indicata nella specifica sezione di Polizza per il numero dei componenti del Nucleo familiare al momento del Sinistro.

Come si calcola la somma assicurata per ciascun Assicurato?

ESEMPIO: se al momento del Sinistro i componenti del Nucleo familiare sono 3 e la somma assicurata per la Garanzia Morte da infortunio indicata in Polizza è 90.000,00 euro, la somma assicurata per il caso di morte per ciascuno degli Assicurati è 30.000,00 euro.

Gli Indennizzi per le Garanzie Morte da infortunio e Invalidità permanente da infortunio non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente in conseguenza dello stesso Infortunio, l'Assicurato muore, Generali Italia:

- paga ai Beneficiari la differenza tra l'Indennizzo pagato e la somma assicurata indicata in Polizza per la Garanzia Morte da infortunio, se questa è superiore,
- non chiede il rimborso in caso contrario.

Se l'Assicurato scompare o non si ritrova e si presume che il decesso è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga la somma prevista per la Garanzia Morte da infortunio.
Il pagamento è effettuato trascorsi **180 giorni dalla presentazione dell'istanza** per la dichiarazione di morte presunta[7] **se nel frattempo non sono emersi elementi tali da rendere l'evento non indennizzabile.**
Se, dopo il pagamento, risulta che il decesso non si è verificato o che non è avvenuto a seguito di Infortunio indennizzabile, Generali Italia ha diritto al rimborso dell'intera somma pagata per la Garanzia Morte da infortunio.
Tuttavia, se l'evento ha causato un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, e l'Assicurato ha subito un'Invalidità permanente, ha il diritto di chiederne l'accertamento.
Tale diritto può essere esercitato, anche agli effetti della prescrizione, dal momento in cui l'Assicurato **ricompare o ne è provata l'esistenza. Generali Italia paga all'Assicurato l'Indennizzo dovuto solo a condizione di avere ottenuto la restituzione della somma pagata ai Beneficiari per la Garanzia Morte da infortunio**.
Se, a seguito dello stesso evento, entrambi i genitori subiscono un Infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa e ne consegue il decesso, Generali Italia paga ai loro figli minorenni e maggiorenni permanentemente inabili al lavoro, conviventi e inclusi tra i Beneficiari, l'Indennizzo che spetta a ciascuno per il decesso dei genitori **in misura aumentata del 50%**.
L'aumento opera anche per i figli maggiorenni portatori di handicap.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 5.1 Persone non assicurabili

Non possono essere asssicurate le persone che, al momento dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, risultano affette da alcolismo o tossicodipendenza.

Si precisa che:

- **Generali Italia, se informata dell'esistenza di una delle circostanze sopra indicate prima dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, non avrebbe acconsentito all'attivazione delle Garanzie stesse;**
- **Se durante il periodo di validità della Garanzia interviene una delle circostanze sopra indicate, il Contraente o l'Assicurato deve avvisare Cattolica Assicurazioni. In tal caso Cattolica Assicurazioni può recedere dal contratto con effetto immediato per aggravamento di Rischio. L'eventuale recesso è comunicato da Cattolica Assicurazioni al Contraente per iscritto entro un mese dal giorno in cui Cattolica Assicurazioni ha ricevuto l'avviso o ha comunque conosciuto la causa di inassicurabilità.**

In ogni caso Generali Italia non è obbligata a corrispondere alcun Indennizzo.
Spettano a Generali Italia i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicato il recesso.

La copertura assicurativa non è prestata inoltre nei confronti di persone che, al momento dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, soffrono o hanno sofferto di una delle seguenti gravi patologie: ictus, infarto, diabete in terapia con insulina, Invalidità riconosciute per patologie a carattere evolutivo, patologie trattate con chirurgia cardiovascolare, osteoporosi, patologie artrosiche, paresi, sclerosi a placche.

Rimane fermo che se Generali Italia fosse stata a conoscenza dell'esistenza di una delle patologie sopra indicate prima dell'attivazione delle Garanzie del presente Modulo, non avrebbe acconsentito all'attivazione stessa e di conseguenza nessun Indennizzo è dovuto. In caso di diagnosi mentre le Garanzie sono in corso, la copertura assicurativa resta in vigore fino alla scadenza delle Garanzie stesse.

Art. 5.2 Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa:

a) ernie, rotture sottocutanee di tendini e infarti;

- **gli Infortuni causati da:**
  - **b) abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;**
  - **c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle Lesioni che derivano da Infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;**
  - **d) guerra e insurrezione** (sono invece inclusi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato sorpreso da tali eventi all'estero **nel limite di 14 giorni dopo l'inizio delle ostilità**);
  - **e) trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
  - **f) contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atto terroristico o guerra;**
  - **g) movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;**
  - **h) attività di norma svolte da professionisti (per esempio installazione e manutenzione impianti elettrici, idrici, igienici, tinteggiatura pareti esterne);**
  - **i) azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di epilessia o di una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive;**
- **gli Infortuni accaduti:**
  - **j) in stato di ebrezza, se alla guida di mezzi di locomozione;** per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro;
  - **k) durante la pratica, a qualsiasi titolo, di attività sportiva;**
- **gli Infortuni che derivano da:**
  - **l) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato anche in concorso;**
  - **m) uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti agli sport motoristici** (sono invece inclusi in garanzia gli

Infortuni subiti in occasione di motoraduni o autoraduni);

n) **attività svolte con carattere di professionalità o comunque a scopo di lucro.**

Ci sono limiti di copertura?

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Valgono i limiti principali di seguito riportati.

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Limite di Indennizzo
Invalidità permanente da infortunio	5% fino a 15 punti percentuali	-	La somma assicurata indicata in Polizza è suddivisa in parti uguali per ogni componente del Nucleo familiare al momento del Sinistro.
Rendita vitalizia da infortunio	65%	-	-
Rimborso spese sanitarie da infortunio	-	10% col minimo di 200,00 euro per Sinistro	• Post Ricovero, per i trattamenti fisioterapici il rimborso opera con un limite del 30% della somma assicurata indicata in Polizza col massimo di 1.000,00 euro. • In assenza di Ricovero, per i trattamenti fisioterapici il rimborso opera con un limite del 20% della somma assicurata indicata in Polizza col massimo di 1.000,00 euro.
Morte da infortunio	-	-	La somma assicurata indicata in Polizza è suddivisa in parti uguali per ogni componente del Nucleo familiare al momento del Sinistro.

Dove vale la copertura?

Art. 1.1 Dove operano le Garanzie

Per gli Infortuni domestici le Garanzie operano nei locali dell'abitazione di residenza del Contraente che risulta da suo certificato di Stato di Famiglia.
Per gli Infortuni del conducente di autovetture le Garanzie operano in tutto il mondo.

Con quali condizioni operative assicuriamo?

Art. 2.1 Criteri di indennizzabilità

Generali Italia paga l'Indennizzo convenuto solo per le **conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio** indennizzabile in base alla copertura assicurativa.
Sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili:

- l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;
- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle Lesioni prodotte dall'Infortunio.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o Difetti fisici, l'Indennizzo per Invalidità permanente è corrisposto per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 3.1 Variazione della residenza

Il Contraente e l'Assicurato devono dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del Comune di residenza che si verificano in corso di validità della Garanzia.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia può recedere per aggravamento di Rischio[9] con comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della variazione.
L'omessa comunicazione può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.
Spettano a Generali Italia i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso quando è comunicato il recesso.

Quando e come devo pagare?

Art. 4.1 Adeguamento del premio e delle somme assicurate/massimali

A ogni scadenza annuale del Premio, per tutte le Garanzie attivate del presente Modulo, è previsto l'adeguamento dell'**1,5%** di Somme assicurate/Massimali e del Premio rispetto all'annualità assicurativa precedente.

L'adeguamento si applica **solo se previsto in Polizza.**

L'adeguamento è sempre escluso per le Garanzie:

- **Prevenzione e Assistenza;**
- **Pronto Avvocato**

Non sono soggetti ad adeguamento:

- **Franchigie espresse in cifra assoluta,**
- **somme che determinano scaglioni di Franchigia**
- **minimi e massimi di Scoperto,**
- **tutti i valori espressi in percentuale,**
- **limiti di Indennizzo.**

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 5.1 Durata delle Garanzie attivate

Le Garanzie attivate hanno la durata indicata in Polizza per ciascuna di esse.

Come posso disdire le Garanzie?

Art. 6.1 Disdetta e proroga delle Garanzie attivate

Se non è diversamente indicato in Polizza, alla scadenza, **la durata delle Garanzie attivate è prorogata per un anno e così successivamente**. In tal caso, il Contraente o Generali Italia possono impedire la tacita proroga comunicando la disdetta nei termini e con le modalità indicate nelle Condizioni Generali del Contratto di assicurazione Active Protezione riportate nella SEZIONE NORME COMUNI DEL PRODOTTO, **nel rispetto dei vincoli di interdipendenza tra le Garanzie.**
Le Garanzie attivate non possono essere oggetto di disdetta singolarmente.
Le Garanzie Prevenzione e Assistenza sono prestate in abbinamento alle altre Garanzie del Modulo e cessano al cessare di queste. Pertanto:

- **non è prevista la facoltà del Contraente di esercitare disdetta esclusivamente per tali Garanzie;**
- **la cessazione delle altre Garanzie del Modulo avvenuta a seguito di disdetta comporta la disattivazione anche delle Garanzie di Prevenzione e Assistenza e quindi dell'intero Modulo.**

NORME CHE OPERANO IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1.1 Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta **per iscritto** dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per loro conto, **entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità**.
L'Assicurato **deve fornire a Generali Italia una copia del certificato di Stato di Famiglia del Contraente/Assicurato**.
Per la copertura Infortuni del conducente di autovetture, l'Assicurato **deve dichiarare** il numero delle persone abilitate alla guida a norma delle disposizioni in vigore tra quelle che risultano dal certificato di Stato di Famiglia del Contraente/Assicurato.
L'operatività della copertura assicurativa è subordinata **al tempestivo ricorso a strutture ospedaliere o di Pronto soccorso**.
Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per loro conto **deve presentare** a Generali Italia certificazione medica rilasciata da tali strutture che indica anche le modalità e il luogo di accadimento dell'Infortunio.
Il decorso delle Lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta.
L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire a Generali Italia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, che devono essere eseguiti in Italia.
La denuncia di Infortunio deve essere presentata presso l'Agenzia che gestisce il contratto o a Generali Italia.

Se l'Infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, **Generali Italia deve essere immediatamente avvisata**.
L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo[10]**.**

Art. 1.2 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la documentazione necessaria per la verifica del diritto all'Indennizzo e per la sua quantificazione secondo le presenti Condizioni Specifiche, Generali Italia procede:

- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

Il pagamento o la comunicazione sono effettuati **entro trenta (30) giorni**:

- dal ricevimento della documentazione completa, o
- dalla conclusione dell'eventuale procedura di accertamento, con atto di pagamento o verbale di perizia, promossa secondo quanto previsto dalle presenti Condizioni Specifiche.

Sono validi gli **eventuali diversi termini e condizioni previsti per specifiche Garanzie.**
Generali Italia procede comunque al pagamento delle eventuali somme non contestate.

Art. 1.3 Modalità di pagamento Rimborso spese sanitarie

Il rimborso avviene a cure ultimate e dopo la presentazione da parte dell'Assicurato di regolare documentazione giustificativa in originale.
Per ottenere il rimborso delle spese **è necessario presentare i documenti originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute quietanzate**, fatto salvo lo Scoperto previsto nella **TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO** indicato nella specifica sezione di Polizza.
Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, Generali Italia paga quanto dovuto in base alla Garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio dopo aver ricevuto copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 1.4 Controversie - Perizia contrattuale

In caso di controversie di natura medica, le parti possono demandare la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di

Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti.

Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il terzo medico interviene **solo in caso di disaccordo** e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza e sono **vincolanti per le parti**.

Ciascun medico può farsi assistere da altri medici e specialisti, i quali possono intervenire nella perizia, senza però avere alcun voto deliberativo.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico e dei professionisti nominati dal proprio medico che hanno collaborato alla perizia. Le spese e competenze del terzo medico sono ripartite a metà tra l'Assicurato e Generali Italia.

I risultati delle operazioni peritali sono raccolti in un verbale redatto in doppio esemplare, uno per l'Assicurato e uno per Generali Italia.

Art. 1.5 Rinuncia all'azione di rivalsa

Generali Italia **rinuncia al proprio diritto di surroga**[11] verso gli eventuali responsabili del danno indennizzato, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, che possono far valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili.

Come posso disdire le Garanzie?

Art. 2.1 Recesso in caso di sinistro

Il **Contraente** o **Generali Italia** possono **recedere**, con effetto per tutte le Garanzie attivate con il presente Modulo, **a seguito della denuncia di ogni Sinistro** relativo a una o più delle Garanzie attivate con il Modulo stesso **effettuata in base al contratto per tutta la durata della Garanzia**. Tale facoltà può essere esercitata entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto dello stesso.

Il recesso:

- **deve essere comunicato** per iscritto tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o Posta Elettronica Certificata;
- se è esercitato dal **Contraente** ha efficacia dalla data di **ricevimento della comunicazione**;
- se è esercitato **da Generali Italia** ha efficacia dopo **30 giorni da quello di ricevimento** della comunicazione stessa.

In tutti i casi, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, Generali Italia rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il pagamento o la riscossione dei Premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro o qualunque altro atto delle parti non possono essere interpretati come loro rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso.

La cessazione di tutte le Garanzie Infortuni avvenuta a seguito del recesso per Sinistro comporta anche la contestuale cessazione delle specifiche Garanzie di Prevenzione e Assistenza. Non è prevista la facoltà del Contraente o di Generali Italia di recedere per Sinistro che riguarda solo la Garanzia Prevenzione e Assistenza.

---

5 Legge 20 maggio 2016 n. 76 e successive modifiche e integrazioni.

6 Art. 2033 del Codice civile.

7 Artt. 60 e 62 del Codice civile.

8 Art. 1898 del Codice civile.

9 Art. 1898 del Codice civile.

11 Art. 1915 del Codice civile.

11 Art. 1916 del Codice civile.



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