

Generali Italia S.p.A.

ATTIVA WELFARE BENEFIT MEDICAL PASS



MALATTIA

Contratto di assicurazione Malattie per aziende

Condizioni di Assicurazione

(Mod. M85/854.MPASS.Opz1.NUCLEO-ed.07/2022)

CONTRAENTE: _____

NUMERO POLIZZA: _____

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set Informativo.

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

ULTIMO AGGIORNAMENTO: 02.09.2022



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Art. 1 Definizioni

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

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

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

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

L'assicurazione prestata per l'intero Nucleo familiare (-> definizione) richiede, in caso di sinistro, la presentazione del certificato di stato famiglia oltre alla documentazione prevista dal successivo art. 22.



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Oggetto dell'assicurazione

Generali Italia a ciascun Assicurato riconosce le prestazioni previste all'art. 4, 5 e 6, a seguito di malattia o infortunio;

¹ Art. 1 comma 20 Legge n. 76/2016

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

Generali Italia, inoltre, mette a disposizione di ciascun Assicurato i servizi senza alcun costo aggiuntivo previsti all'art. 7

La presente polizza è operante a condizione che sia attiva una copertura Attiva Welfare Benefit Medical Pass ASSI-STENZA (A22) per gli stessi assicurati.

Art. 4 Indennità giornaliera di ricovero e Indennità per ricovero prolungato

In caso di ricovero per malattia o infortunio successivi alla decorrenza della copertura, Generali Italia corrisponde all'Assicurato:

1. una indennità pari a € **100,00** per ogni giorno di ricovero successivo al 5°, per un numero massimo di 30 giorni per ricovero e per un massimo di 150 giorni per annualità assicurativa (indennità giornaliera di ricovero);
2. una indennità pari a € **2.000,00** in caso di ricovero superiore a **20** giorni (corrisposta dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera) e per un massimo di 2 volte per annualità assicurativa (indennità per ricovero prolungato).

Ci sono limiti di copertura

La copertura assicurativa è valida esclusivamente a seguito di ricovero presso una struttura ospedaliera (-> definizione) iniziato successivamente all'operatività della polizza.

Come si calcola l'indennizzo?

Esempio 1: ricovero con degenza di 20 giorni. Importo riconosciuto all'Assicurato € 1.500: indennità € 100x15 giorni (dal 6° al 20° giorno).

Esempio 2: ricovero con degenza di 21 giorni. Importo riconosciuto all'Assicurato € 3.600: indennità € 100x16 giorni (dal 6° giorno al 21° giorno) € 1.600; indennità per ricovero prolungato € 2.000.

Esempio 3: ricovero con degenza di 40 giorni. Importo riconosciuto all'Assicurato € 5.000: indennità € 100x30 giorni (dal 6° giorno per un massimo di 30) € 3.000; indennità per ricovero prolungato € 2.000.

Art. 5 Indennità per malattia grave (garanzia valida per il solo caponucleo)

Generali Italia corrisponde all'Assicurato un'indennità di € **2.000,00** in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti eventi:

- infarto miocardico acuto
- chirurgia cardiovascolare
- ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto)
- tumore
- insufficienza renale
- trapianto d'organo
- paralisi

La copertura assicurativa è operante a condizione che ciascuna malattia grave presenti i seguenti requisiti:

1. **Infarto miocardico acuto:** Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene 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.
2. **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; vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.
3. **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo.
4. **Tumore:** neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neopla-

stica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.

5. **Insufficienza renale:** malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
6. **Trapianto d'organo:** malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.
7. **Paralisi:** perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) diagnosticata e dimostrata da evidenza neurologica permanente ed irreversibile.

L'Assicurato ha diritto all'indennità una sola volta all'anno al verificarsi di una tra le fattispecie sopracitate.

Ci sono limiti di copertura

La presente garanzia opera:

- se tra la data della prima diagnosi a quella della richiesta di indennizzo sono trascorsi almeno 90 giorni, come risultante da certificazione medica e cartella clinica;
- in caso di permanenza in vita dell'Assicurato alla data della richiesta di indennizzo.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore dopo la liquidazione o l'offerta dell'indennità, Generali Italia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 6 Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio

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

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

Ci sono limiti di copertura

Le visite specialistiche pediatriche di routine e di controllo della crescita e le visite specialistiche odontoiatriche ed ortodontiche sono escluse dal rimborso.

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nella TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO.

Per il rimborso delle spese per esami diagnostici e di laboratorio è necessario presentare la prescrizione medica con relativo quesito diagnostico, tranne per il rimborso del ticket pagato al SSN quale contributo alla spesa.

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

Art. 7 Servizio senza costi aggiuntivi

Generali Italia mette gratuitamente a disposizione di ciascun Assicurato il seguente servizio.

Consulto medico da remoto

In caso di necessità, è possibile usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica telefonica di Medicina Generale, tele-prescrizione di farmaci o consigli di farmaci da assumere.

In particolare l'Assicurato può ricorrere al servizio di teleconsulto in caso necessiti di:

- Valutazione referti medici e indicazioni terapeutiche

- Indicazioni sul presidio ospedaliero più vicino
- Consulenza medicina generale e pediatrica
- Referto via email
- Tele-prescrizione farmaci

Il teleconsulto, erogato dalla Centrale Medica di Avanguardia Medica SrL., è attivo H24, 7 giorni su 7, senza limiti di utilizzo, chiamando il numero **800.237.966**

Art. 8 Servizi di assistenza

Generali Italia mette a disposizione di ciascun Assicurato i servizi di assistenza previsti nella polizza A22 emessa contestualmente alla presente contratto.

TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Ad integrazione di quanto indicato nelle singole garanzie valgono i limiti riportati nella tabella che segue. Il massimale indicato nella tabella è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'art. 2 Assicurati.

Descrizione Garanzia	Art.	Franchigie	Scoperti	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera di ricovero	art. 4.1	5 giorni		€ 100 fino ad un massimo di 30 giorni per singolo ricovero e 150 giorni per annualità assicurativa
Indennità per ricovero superiore a 20 giorni	art. 4.2			€ 2.000 fino al massimo di 2 volte per annualità assicurativa
Indennità per gravi malattie	art. 5			€ 2.000 per annualità assicurativa
Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio	art. 6		50%	€ 1.000 per annualità assicurativa
Consulto medico da remoto	art. 7			Illimitato



Che cosa non è assicurato?

Art. 9 Persone non assicurabili

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

Art. 10 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

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

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

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



Ci sono limiti di copertura?

Art. 11 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) i ricoveri per interventi di eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;



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

- b) i ricoveri per intervento di deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- c) i ricoveri relativi a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- d) i ricoveri per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) i ricoveri finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale, compresi tutti gli accertamenti effettuati dopo la prima diagnosi e propedeutici alle terapie;
- f) i ricoveri per interventi chirurgici aventi finalità estetiche. Fanno eccezione alla presente esclusione gli interventi aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;



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

- g) le degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- h) i ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) i ricoveri per cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.
- j) I rimborsi di tamponi per la diagnosi del Covid.



Dove vale la copertura?

Art. 12 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 13 Oneri

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

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

Generali Italia presta il suo consenso all'assicurazione e determina il Premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte di Generali Italia e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta a Generali Italia, oltre alle rate di Premio scadute e rimaste insoddisfatte, il Premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

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

Art. 15 Obblighi del Contraente

Se gli assicurati sostengono in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione .
- gli assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet di Generali Italia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

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

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

Art. 16 Comunicazioni tra le parti

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

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

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

Art. 17 Riservatezza dei dati personali

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



Quando e come devo pagare?

Art. 18 Regolazione del Premio

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 19 Pagamento del Premio

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

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

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

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

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a 750,00 euro;
- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario. Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito del conto se successivo salvo il buon fine del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o all'intermediario;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD) o carta di credito; salvo buon fine degli addebiti, per la prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA o del conferimento dell'autorizzazione permanente all'addebito su carta di credito; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza;
- se il premio è addebitato su conto corrente (SDD) o carta di credito con frazionamento del premio annuale in più rate, con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza della rata. In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia, tutte le rate scadute e non pagate, e la parte del

premio residuo a completamento dell'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD o della carta di credito indicata, il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;

- con assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo, salvo il buon fine dell'assegno con l'effettivo pagamento dello stesso e salva la facoltà dell'intermediario di richiedere il pagamento del premio anche tramite altre modalità tra quelle previste in questo articolo, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.



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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 20 Entrata in vigore dell'assicurazione

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



Come posso disdire la polizza?

Art. 21 Proroga dell'assicurazione

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

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

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

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

Art. 23 Criteri di liquidazione

Generali Italia eroga le prestazioni assicurate direttamente all'Assicurato entro il termine di 30 giorni dalla richiesta, previa presentazione di certificazione medica e cartella clinica.

La richiesta di liquidazione può avvenire tramite internet: per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o ta-blet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti", oppure è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo <https://areaclienti.spesemediche.generali.it/>. Nel caso l'applicativo non sia disponibile, l'Assicurato potrà chiamare il Contact Center dall'Italia al numero verde **800.061.040** e dall'estero al numero nero **02.82954701** per ottenere il modulo di rimborso da compilare e ritornare all'indirizzo e-mail attivawelfare-benefit@generali.com.

Art. 24 Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico arbitrale risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 25 Lingua in cui è redatto il contratto

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

Sommario

Art. 1 Definizioni	3
Art. 2 Assicurati	3
Art. 3 Oggetto dell'assicurazione	3
Art. 4 Indennità giornaliera di ricovero e Indennità per ricovero prolungato	4
Art. 5 Indennità per malattia grave (garanzia valida per il solo caponucleo)	4
Art. 6 Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio	5
Art. 7 Servizio senza costi aggiuntivi	5
Art. 8 Servizi di assistenza	6
TABELLA RIASSUNTIVA FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO	6
Art. 9 Persone non assicurabili	6
Art. 10 Permanenza in assicurazione – Limiti di età	6
Art. 11 Esclusioni	7
Art. 12 Validità territoriale	7
Art. 13 Oneri	8
Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	8
Art. 15 Obblighi del Contraente	8
Art. 16 Comunicazioni tra le parti	8
Art. 17 Riservatezza dei dati personali	8
Art. 18 Regolazione del Premio	9
Art. 19 Pagamento del Premio	9
Art. 20 Entrata in vigore dell'assicurazione	10
Art. 21 Proroga dell'assicurazione	10
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	10
Art. 22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	10
Art. 23 Criteri di liquidazione	11
Art. 24 Controversie	11
Art. 25 Lingua in cui è redatto il contratto	11



Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta 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.