FONDO

DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
per *i dipendenti degli enti religiosi*
in attuazione del

CCNL AGIDAE SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE

REGOLAMENTO DI ADESIONE

AGIDAE SALUS SOCIO SANITARIO
Via V. Bellini 14 - 00198 – Roma
Tel. 06 85457701 – Fax 0685457700
C.F. : 97995610587
segreteria@agidaesalussociossanitario.life
www.agidaesalussociosanitario.life

REGOLAMENTO DI ADESIONE

INDICE

ART. 1. OGGETTO DEL REGOLAMENTO 3
ART. 2. OBBLIGATORIETÀ E REQUISITI DI ISCRIZIONE 3
ART. 3. ISCRIZIONE FACOLTATIVA 3
ART. 4. MODALITÀ DI ISCRIZIONE 3
ART. 5. DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI 4
ART. 6. DECADENZA DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI 4
ART. 7. VARIAZIONE DEL DATORE DI LAVORO 5
ART. 8. CONTRIBUTO ORDINARIO 5
ART. 9. CONTRIBUTO STRAORDINARIO 6
ART. 10. MODALITÀ DI PAGAMENTO 6
ART. 11. MANCATO VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI – SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI – RIATTIVAZIONE 6
ART. 12. PRESTAZIONI RESE DAL FONDO 7
ART. 13. TERMINI DI PRESCRIZIONE 7
ART. 14. PRIVACY 7
ART. 15. CONTROVERSIE 7
ART. 16. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 7
ALLEGATO A 8
ALLEGATO B 10

AGIDAE SALUS SOCIO SANITARIO
Via V. Bellini 14 - 00198 – Roma
Tel. 06 85457701 – Fax 0685457700
C.F. : 97995610587
segreteria@agidaesalussociossanitario.life
www.agidaesalussociosanitario.life

Art. 1. Oggetto del Regolamento

Il presente Regolamento disciplina il rapporto fra **AGIDAE SALUS SOCIO SANITARIO** - «Ente di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dipendenti degli Enti Religiosi», successivamente indicato genericamente «Fondo», i Datori di Lavoro obbligati alla iscrizione dei propri lavoratori al Fondo inattuazione del *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Socio Sanitario* (sottoscritto da AGIDAE; FP CGIL;FISASCAT CISL; UIL TUCS) ed i Lavoratori dipendenti, in qualità di beneficiari delle prestazioni del Fondo.

Le prestazioni erogate dal Fondo sono sinteticamente riportate nel presente documento all'Allegato B.

Art. 2. Obbligatorietà e Requisiti di Iscrizione

1. Ai sensi del CCNL Socio Sanitario, l'iscrizione al Fondo è obbligatoria da parte dei Datori di Lavoro per tutti i Lavoratori dipendenti. I Datori di lavoro sono obbligati a versare il contributo previsto nei CCNL di cui al precedente art. 1 per tutti i lavoratori . Per i Lavoratori assunti successivamente a tale data l'iscrizione al Fondo è obbligatoria contestualmente alla data di assunzione.

2. L'obbligo di iscrizione al Fondo da parte dei Datori di Lavoro vige anche per tutti i Lavoratori assunti con contratto di lavoro a tempo indeterminato, anche a carattere intermittente o ciclico.

3. Sono altresì iscritti al Fondo i lavoratori dipendenti con contratto a tempo determinato di durata superiore a tre mesi.

4. L'iscrizione comprende anche la copertura assicurativa dei figli con età inferiore a ventuno anni fiscalmente a carico, previa iscrizione sul sito *http://www.agidaesalussociosanitario.life* . La copertura decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui ha luogo l'iscrizione se la comunicazione viene fatta entro il 15 del mese. Nel caso di compimento del 21esimo anno corso dell'annualità assicurativa, la copertura cesserà alla fine della annualità stessa .

Art. 3. Iscrizione Facoltativa

1. Oltre a quanto già previsto per i familiari del personale dipendente, possono essere ammessi all'iscrizione al Fondo, a ***contribuzione volontaria personale,*** il coniuge e i figli di età uguale o maggiore a 21 anni, risultanti dallo stato di famiglia del lavoratore regolarmente iscritto al Fondo, purché ne faccia esplicita richiesta per tutti i componenti.

2. L'iscrizione del nucleo familiare (coniuge e figli maggiori di 21 anni) potrà essere formalizzata nel mese di giugno e fino al massimo il 30 settembre di ogni anno. La durata della copertura sanitaria per il nucleo familiare (coniuge e figli maggiori di 21 anni) regolarmente iscritto è annuale (01/luglio – 30/giugno).

3. L'iscrizione comprende anche la copertura assicurativa dei figli con età inferiore a ventuno anni presenti nello stato di famiglia, la copertura decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui ha luogo l'iscrizione se la comunicazione viene fatta entro il 15 del mese.

Art. 4. Modalità di Iscrizione

1. ***Registrazione del Datore di lavoro***. Il Datore di lavoro effettua, per una volta sola, nell'apposita *scheda anagrafica* la registrazione dei dati richiesti.

2. La domanda di iscrizione al Fondo del lavoratore, in qualità di beneficiario delle prestazioni sanitarie, si perfeziona ed è effettiva successivamente all'invio, da parte del Datore di Lavoro, dei dati inerenti al

lavoratore nell'apposita area riservata nel sito internet *http://www.agidaesalussociosanitario.life* e con l'espletamento di tutte le procedure telematiche (automatiche e/o manuali) in esso previste.

3. Le domande di iscrizione dei Lavoratori dovranno pervenire obbligatoriamente nel mese di assunzione.

4. Tutte le variazioni di dati sia dei Lavoratori (nuove assunzioni, cessazioni, cambi di indirizzo, ecc.) sia del Datore di Lavoro, rispetto a quanto originariamente inviato, devono essere comunicate al Fondo entro il 15 del mese in cui si determina la variazione, tramite le procedure telematiche (automatiche e/o manuali) previste nel sito internet http://www.agidaesalussociosanitario.life.

5. Tutti i soggetti ammessi all'iscrizione e contribuzione *volontaria* al Fondo dovranno provvedere direttamente alla registrazione dei propri dati nel sito internet *http://www.agidaesalussociosanitario.life,* attendere l'approvazione da parte degli Organi del Fondo e successivamente provvedere in via autonoma al pagamento dei contributi.

6. I lavoratori iscritti al Fondo possono estendere facoltativamente *ai figli con età inferiore a ventuno anni, senza costo aggiuntivo*, le garanzie di assistenza sanitaria. In tal caso i Lavoratori interessati dovranno provvedere direttamente alla registrazione dei propri *figli a carico con età inferiore a ventuno anni* nel sito internet *http://www.agidaesalussociosanitario.life*. La copertura decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui ha luogo l'iscrizione se la comunicazione viene fatta entro il 15 del mese.

Art. 5. Decorrenza delle Prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni di assistenza sanitaria per i Lavoratori, decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui ha luogo l'iscrizione se la comunicazione viene fatta entro il 15 del mese, tramite le procedure telematiche (automatiche e/o manuali) specificate nell'area riservata del sito internet http://www.agidaesalussociosanitario.life.

2. La durata della copertura sanitaria per il nucleo familiare (coniuge e figli maggiori di 21 anni) è annuale (01/luglio – 30/giugno).

Art. 6. Decadenza del Diritto alle Prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni, oltre ai casi di cui all'Art. 11 (Mancato Versamento dei Contributi – Sospensione delle Prestazioni – Riattivazione), si estingue automaticamente per:

- Cessazione del rapporto di lavoro.
- Decesso del Lavoratori.

mentre resta sospeso in caso di *aspettativa non retribuita di durata superiore ad un mese*.

2. Al verificarsi di uno dei casi sopra indicati, il diritto alle prestazioni per i lavoratori ed il relativo onere contributivo per il datore di Lavoro cessano dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui si verifica la causa di decadenza, sempre che la relativa comunicazione venga effettuata sul portale http://www.agidaesalussociosanitario.life entro il 15 del mese.

3. Nel caso di decesso del Lavoratori, il diritto al rimborso di eventuali prestazioni effettuate prima del decesso è trasmesso agli eredi del dipendente deceduto.

4. Nel caso di aspettativa non retribuita *superiore ad un mese*, al momento del rientro nel posto di lavoro le prestazioni verranno riattivate dal 1° giorno del mese successivo all'avvenuta comunicazione del rientro se fatta entro il 15 del mese.

5. Nel caso di aspettativa non retribuita *inferiore ad un mese*, se in regola con i versamenti, non è prevista la sospensione del diritto alle prestazioni.

6. Il diritto alle prestazioni per i familiari dei lavoratori, indicati nel precedente Art. 3, oltre al caso di sospensione di cui al successivo Art. 11 (*Mancato Versamento dei Contributi – Sospensione delle Prestazioni – Riattivazione)*, si estingue automaticamente al termine del periodo di competenza dei contributi versati anticipatamente per la copertura di mesi successivi all'evento di cessazione del Lavoratore iscritto.

7. Il diritto alle prestazioni per i familiari facoltativi dei lavoratori, indicati nel precedente Art. 3, si estingue automaticamente al termine del periodo di competenza dei contributi versati. Dovrà essere cura del lavoratore rinnovare per l'anno successivo l'iscrizione dei familiari aventi diritto nella finestra temporale giugno\ luglio dell'anno in corso.

Art. 7. Variazione del Datore di Lavoro

1. Nel caso di *cessazione dell'attività*, con conseguente cessazione dei rapporti lavorativi, si applica quanto previsto dal precedente Art. 6 (Decorrenza delle Prestazioni).

2. Nel caso cessione di azienda o ramo di azienda il Datore di Lavoro subentrante provvede a comunicare il subentro al Fondo mantenendo quindi inalterata la copertura assicurativa dei dipendenti.

Art. 8. Contributo Ordinario

1. Il Datore di Lavoro è tenuto a corrispondere al Fondo un contributo ordinario obbligatorio pari a 9,50 euro per ogni mensilità lavorativa, compreso la tredicesima, di cui 6,50 euro a carico del Datore di lavoro come parte integrante della retribuzione e 3,00 euro a carico del lavoratore.

2. Il contributo è dovuto à partire dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui ha luogo l'iscrizione al Fondo del dipendente se comunicato entro il 15 del mese e dovrà essere versato fino al mese in cui viene comunicata la cessazione del rapporto di lavoro. In caso di cessazione del rapporto di lavoro, indipendentemente dal motivo, nell'ultimo mese di competenza sarà versato il contributo del mese.

3. Per i dipendenti assunti a tempo parziale (orizzontale, verticale, misto) gli importi dovuti a titolo di contributo ordinario sono versati integralmente senza alcuna riduzione.

4. Nel caso in cui il lavoratore presti la propria attività presso più Datori di lavoro che aderiscono al fondo Agidae Salus socio sanitario, il contributo resterà a carico dell'ente gestore con il quale il dipendente ha un maggior carico orario settimanale di lavoro.

5. Nel caso di contratto di lavoro *intermittente* il contributo ordinario è dovuto per dodici mensilità a prescindere dal periodo di effettuazione della prestazione lavorativa.

6. Per ogni familiare (coniuge e figli) iscritto al Fondo risultante dallo stato di famiglia, ad eccezione dei figli a carico di età inferiore a 21 anni già rientranti nella copertura ordinaria, il lavoratore è tenuto a corrispondere al Fondo *un contributo ordinario pari a 125 euro annui per il coniuge e pari a € 125 per i figli di età uguale o maggiore a 21 anni, anticipato e non frazionabile*.

7. Gli importi dovuti a titolo di contributo ordinario di cui ai precedenti commi 1 e 6, rimarranno tali fino a diversa determina del Consiglio di Amministrazione del Fondo ovvero fino a diversa previsione dei CCNL di cui all'Art. 1.

Art. 9. Contributo straordinario

1. I soggetti che aderiscono facoltativamente con contribuzione volontaria devono corrispondere al Fondo un contributo straordinario al momento dell'iscrizione e re-iscrizione pari a 15,00 (quindici) euro per ogni anno solare e per ogni soggetto.

2. Gli importi dovuti a titolo di contributo straordinario rimarranno tali fino a diversa determina del Consiglio di Amministrazione del Fondo.

3. Il contributo straordinario viene versato a titolo di ristoro delle spese amministrative, di gestione e di funzionamento sostenute dal Fondo.

Art. 10. Modalità di Pagamento

Il pagamento del contributo ordinario e straordinario, di cui ai precedenti Art. 8 e Art. 9, è effettuato secondo le modalità indicate nell'Allegato A (Versamento al Fondo dei Contributi) che forma parte integrante del presente Regolamento.

Art. 11. Mancato Versamento dei Contributi – Sospensione delle Prestazioni – Riattivazione

1. In caso di mancato versamento del contributo mensile ASI da parte del Datore di Lavoro, l'Agidae Salus non potrà procedere alla comunicazione delle anagrafiche a Generali Italia spa, lasciando i dipendenti senza copertura assicurativa e sanitaria.

Le prestazioni vengono riattivate solo a seguito del versamento dei contributi ordinari arretrati, con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui avviene il pagamento, se effettuato e comunicato entro il 15 del mese.

Si specifica quanto segue:

a) Entro il giorno 15 di ciascun mese Agidae Salus invierà le contabili di pagamento a ciascuna sede operativa;

b) Il pagamento deve essere effettuato tramite il sistema CBILL entro il giorno 27 del mese di riferimento e varrà per la copertura assicurativa del mese successivo;

c) L'unica modalità di pagamento dei contributi ASI prevista resta il CBILL.

d) Non verranno accettati bonifici bancari;

2. In caso di *iscrizione facoltativa* dei familiari da parte del lavoratore, il mancato versamento dei contributi,

alle scadenze previste, comporterà da parte del Fondo la richiesta a Generali Italia spa di sospendere l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa ai soggetti beneficiari.

3. È responsabilità dei datori di lavoro e dei consulenti del lavoro, ai fini dell'attivazione della copertura sanitaria, aggiornare e modificare le anagrafiche dei dipendenti entro il 15 di ogni mese sul portale www.agidaesalusistruzione.life.

Art. 12. Prestazioni Rese dal Fondo

Gli iscritti hanno diritto a ricevere le prestazioni erogate dal Fondo, sinteticamente riportate nel presente documento all'Allegato B e più dettagliatamente nella Guida al Piano Sanitario (prospetto informativo per i beneficiari) pubblicato nel sito internet *http://www.agidaesalussociosanitario.life*.

Art. 13. Termini di prescrizione

Il termine di prescrizione per la richiesta di prestazioni è riportato nella Guida al Piano Sanitario (prospetto informativo per i beneficiari) pubblicato nel sito internet *http://www.agidaesalussociosanitario.life.*

Art. 14. Privacy

I dati che ciascun iscritto fornisce a seguito dell'iscrizione o per le richieste di prestazioni, sia in forma diretta che in forma indiretta, sono trattati dal Fondo rispettando le disposizioni previste dal Regolamento UE 2016 n. 679 e s.m.i. (GDPR) e di quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali (ex. D.lgs. 196/2003).

Al momento del conferimento dati, viene data adeguata informativa e, se necessario viene fatto sottoscrivere dall'interessato il relativo consenso al trattamento dei dati. I dati forniti sia dal datore di lavoro sia dal dipendente sono utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali del Fondo. Nell'ambito del trattamento sono garantite la riservatezza e la tutela dei diritti di ciascun interessato. Più ampia documentazione in merito, può essere reperita sul sito internet istituzionale (*http://www.agidaesalussociosanitario.life*).

Art. 15. Controversie

1. Ai sensi del D.lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "*mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali*", le controversie riguardanti l'applicazione e l'interpretazione del presente Regolamento, sono demandate all'Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

2. Il tentativo di mediazione è obbligatorio, e deve essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

3. Il Foro competente a dirimere eventuali controversie è il Foro di Roma.

Art. 16. Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non previsto, si rinvia alla legislazione vigente in materia.

AGIDAE SALUS SOCIO SANITARIO
Via V. Bellini 14 - 00198 – Roma
Tel. 06 85457701 – Fax 0685457700
C.F. : 97995610587
segreteria@agidaesalussociossanitario.life
www.agidaesalussociosanitario.life

ALLEGATI

Allegato A

VERSAMENTO AL FONDO DEI CONTRIBUTI DI ASI

1. Anagrafiche tramite file in formato Excel ed Anagrafiche tramite Flusso Uniemens. Versamento dei Contributi Mediante CBILL.

Il caricamento delle anagrafiche tramite **file Excel** è riservato ai Datori di Lavoro.

In questa modalità non è necessario aggiungere alcun codice fondo al flusso in quanto viene caricato direttamente sul sistema del fondo di pertinenza.

Nell'area riservata agli iscritti nel sito internet *http://www.agidaesalussociosanitario.life*, dopo aver espletato le procedure telematiche di registrazione:

a. i Datori di Lavoro o i loro Consulenti del Lavoro potranno accedere all'area di inserimento e variazione delle anagrafiche dei Lavoratori, sia attraverso la gestione delle singole posizioni che tramite caricamento in blocco delle informazioni tramite file in formato Excel;
b. i singoli Lavoratori potranno accedere per vedere la loro posizione e per poter inserire i dati dei figli minori di ventuno anni.

È responsabilità del consulente del lavoro mantenere le anagrafiche aggiornate entro il 15 di ogni mese e verificare se attraverso il caricamento del Flusso Uniemens sono stati importati tutti i dati necessari e obbligatori.

A tal proposito, si consiglia di non caricare mensilmente sul sito il flusso Uniemens ma di aggiornare manualmente la compagine di dipendenti qualora avvenissero dei cambiamenti (assunzioni/cessazioni) in modo da evitare che si generino errori o duplicati.

A partire dal mese di Gennaio 2023 il contributo mensile relativo alle coperture assicurative per i dipendenti iscritti ad AGIDAE SALUS dovrà essere pagato **tramite circuito CBILL -** e non più tramite bonifico.

Le contabili verranno inviate via mail mensilmente e sarà possibile scaricarle anche accedendo al proprio profilo sui siti Agidae Salus.

Il CBILL potrà essere pagato tramite Internet Banking oppure sarà possibile utilizzare il QR code stampato su ogni contabile inviata.

Non sarà più necessario comunicare gli estremi di avvenuto pagamento sul proprio profilo.

AGIDAE SALUS SOCIO SANITARIO
Via V. Bellini 14 - 00198 – Roma
Tel. 06 85457701 – Fax 0685457700
C.F. : 97995610587
segreteria@agidaesalussociossanitario.life
www.agidaesalussociosanitario.life

Allegato B

PACCHETTO ASSISTENZA

Il Piano Sanitario base offerto dal Fondo per i Lavoratori e per i loro familiari aventi diritto è sintetizzato di seguito. Si rimanda alle varie guide e procedure presenti sul sito istituzionale del Fondo per i dettagli sulle prestazioni, sui massimali e sulle procedure di richiesta.

Le prestazioni sanitarie sono effettuate **attraverso la *Rete ed i servizi di Generali Italia spa*.**

Area	*Settore*	*Prestazione*
RICOVERO e POST RICOVERO	Intervento chirurgico	Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Area ricovero" è di **€ 100.000,00 per nucleo familiare.** Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento. Il solo intervento di *Pronto Soccorso* non costituisce ricovero. Le prestazioni sono erogate applicando una franchigia di € 2.000,00.
	Grave evento morboso	Le prestazioni sono erogate applicando una franchigia di €1.000,00. Elenco gravi eventi morbosi: • Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: a) Ulcere torpide e decubiti b) Sovrainfezioni c) Infezioni urogenitali d) Ipertensione instabile e) Neuropatie f) Vasculopatie periferiche • Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni: a) Dispnea b) Edemi declivi e stasi polmonare c) Ipossiemia d) Alterazione equilibrio idro-salino e) Riacutizzazione-acuzio f) Aritmie • Cardiopatia ischemica • Insufficienza cardiaca congestizia • Angina instabile • Aritmie gravi • Infarto e complicanze • Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni: a) Acuta b) Edema polmonare c) Cronica in trattamento riabilitativo d) Con ossigenoterapia domiciliare continuata e) Cronica riacutizzata f) Con ventilazione domiciliare • Insufficienza renale acuta • Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale • Neoplasia maligne – accertamenti e cure • Gravi traumatismi – se controindicato intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Area	*Settore*	*Prestazione*
		• Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50% • Patologie neuromuscolari evolutive • Tetraplegia • Sclerosi multipla • Sclerosi laterale amiotrofica • Miopatie • Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo • Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali • M. di Parkinson caratterizzato da: a) riduzione attività motoria b) mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta • Stato di Coma • Alzheimer
INDENNITÀ SOSTITUTIVA		L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Generali Italia spa, né per il ricoveroné per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00**per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero per anno assicurativo, per nucleo famigliare.
TRASPORTO SANITARIO		Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.
NEONATI		Il piano sanitario prevede il pagamento delle spese per interventi effettuati nei primi 2 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" per quanto riguarda il "Pre ricovero", l'"Assistenza medica, medicinali, cure",l'"Accompagnatore e il "Post-ricovero" con il relativo limite in esso indicato. **La garanzia è prestata fino ad un massimo di** **€ 13.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**
TRAPIANTI		Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, il Piano sanitario copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.
PARTO		• **Parto cesareo** In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con Generali Italia spa, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico": "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore; "Post-ricovero", e "Trasporto

Area	*Settore*	*Prestazione*
		sanitario" con il relativo limite in esso indicato. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario". Le prestazioni sono erogate applicando una franchigia di € 500,00. **La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 8.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.** • Parto non cesareo, parto domiciliare. In caso di parto non cesareo, parto domiciliare, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni relative al paragrafo "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" ai punti: "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", e "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengonogarantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti dal paragrafo "Ricovero chirurgico in istituto di cura", nei punti "Post- ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario". Le prestazioni sono erogate applicando una franchigia di € 500,00. **La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.** • Indennità sostitutiva L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, **avrà diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero, per anno assicurativo, per nucleo familiare.**
VISITE SPECIALISTICHE		Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.** Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Perché si attivi la garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa e prestazioni effettuate da medici convenzionati** Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia spa, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 66,00**per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia spa**

Area	*Settore*	*Prestazione*
		In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di **€ 55,00** per ogni visita specialistica. • **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** Generali Italia spa rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione diun minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni ticket. **Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per nucleo familiare.**
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI		Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa e prestazioni effettuate da medici convenzionati** Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia spa, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 90,00**per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia spa** In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di **€ 55,00** per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di Generali Italia spa, è necessario che l'assicurato alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. • **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** Generali Italia spa rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione diun minimo non indennizzabile di € 10,00 per ogni ticket. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assicurato alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. **Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.**
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI		Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o come post ricovero chirurgico indennizzabile ai termini della copertura, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Non rientrano in coperturaprestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa ed effettuate da medici convenzionati** Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia spa alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 66,00 per ogni trattamento fisioterapico. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico

Area	*Settore*	*Prestazione*
		curante contenente la patologia come sopra riportato. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia spa** • In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'assicurato. • **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** Generali Italia spa rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 10,00 per ogni ticket.Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso. **Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.500,00 per nucleo famigliare.**
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI		Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Area	*Settore*	*Prestazione*
		PREVENZIONE SENOLOGICA COMPLETA C3734 -Visita specialistica senologica -Mammografia bilaterale -Ecografia mammaria **PREVENZIONE UROLOGICA C3735** -Visita specialistica urologica -Ecografia addome inferiore (studio prostata e vie urinarie) - PSA totale e libero -Esame completo delle urine -Azotemia e Creatininemia **ESAMI EMATICI C4111** -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 PEDIATRICA GENERICA	Questa garanzia è operante per i figli minori di un anno **Prevenzione per il controllo della crescita C3361** • Visita auxologica • Visita pediatrica con raccolta anamnestica
	PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA MINORI	Questa garanzia è operante per i figli con età compresa tra 1 e 10 anni compiuti **Prevenzione otorinolaringoiatrica C3364** • Visita otorino; • Diagnostica otorino;
	PREVENZIONE PEDIATRICA 11 - 16 ANNI	Questa garanzia è operante per i figli con età compresa tra 11 e 16 anni compiuti **Prevenzione ortopedica C3379** • Visita pediatrica, • Visita ortopedica, • Visita dermatologica o dietologica.
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI		In deroga di quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano”, il Piano sanitario provvede al pagamento **di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno in strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione. • **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l’igiene orale.

Area	*Settore*	*Prestazione*
		Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con Generali Italia spa, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, Generali Italia spa provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc. ➢ Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono **liquidate direttamente da Generali Italia spa alle strutture stesse**, con l'applicazione di uno **scoperto del 50%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con Generali Italia spa al momento dell'emissione della fattura.
CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO		In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico. Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa edeffettuate da medici convenzionati** Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia spa alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **50%** che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto dell'emissione della fattura. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia spa**In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **50%**. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleghi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modoanalitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. • **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** Generali Italia spa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. **Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 350,00 per nucleo familiare.**
INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO		In deroga di quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura sanitaria purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie: ✓ osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare; ✓ cisti follicolari; ✓ cisti radicolari;

Area	*Settore*	*Prestazione*
		✓ adamantinoma; ✓ odontoma; ✓ ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare; Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in: • radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, ascesso dentario in presenza di strumento endodontico del lume canalare; • radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa edeffettuate da medici convenzionati** Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia spa alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato. • **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia spa** In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'Assicuratosenza applicazione di alcun importo a suo carico. • **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** Generali Italia spa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. **La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo famigliare.**
PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE		Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Generali Italia spa conun conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
DIAGNOSI COMPARATIVA		Il Piano sanitario dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa Generali Italia spa **800 725 444**, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione. Generali Italia spa mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi: - **Consulenza Internazionale**. Generali Italia spa rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato. - **Trova Il Medico**. Generali Italia spa, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel

Area	*Settore*	*Prestazione*
		trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato. - **Trova la Miglior Cura**. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da Generali Italia spa, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche. L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente **per le seguenti patologie:** - AIDS - Morbo di Alzheimer - Perdita della vista - Cancro - Coma - Malattie cardiovascolari - Perdita dell'udito - Insufficienza renale - Perdita della parola - Trapianto di organo - Patologia neuro motoria - Sclerosi multipla - Paralisi - Morbo di Parkinson - Infarto - Ictus - Ustioni Gravi Per l'attivazione della copertura, l'Assicurato dovrà contattare Generali Italia spa e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico Generali Italia spa, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da Generali Italia spa, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.
STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA		Generali Italia spa, nel limite della somma mensile di cui al successivo paragrafo "**Somma garantita**", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo capitolo "Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza", sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato. **Condizioni di assicurabilità** Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità: 1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:

Area	*Settore*	*Prestazione*
		a) Lavarsi b) Vestirsi e svestirsi c) Andare al bagno e usarlo d) Spostarsi e) Continenza f) Nutrirsi 2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%. 3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci. 4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica. **Somma garantita** La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 600,00, da erogarsi per un massimo di tre anni.** **Termine per l'indennizzo** Generali Italia spa riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla compagnia dello stato di non autosufficienza. **Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente** Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana: • Lavarsi • Vestirsi e svestirsi • Andare al bagno e usarlo • Spostarsi • Continenza • Nutrirsi Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato. L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").
CONSULENZA E ASSISTENZA		**<u>In Italia</u>** I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 800 725 444** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. **<u>Dall'estero</u>** Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 0282951114.**

Area	*Settore*	*Prestazione*
		a) Informazioni sanitarie telefoniche La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a: • strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni; • indicazioni sugli 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.
		b) Prenotazione di prestazioni sanitarie La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia spa. **I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Generali Italia spa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800 725 444** **Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia** **+39 0282951114.**
		c) Pareri medici immediati Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.
		d) Invio di un medico Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 orenei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.
		e) Trasporto in autoambulanza Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300.000 metri complessivi a\r. **La copertura non opera per i casi di emergenza**, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.
		f) Rientro dal ricovero di primo soccorso Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario percompiere un percorso complessivo di 500 km per evento.
		g) Trasferimento in centro medico specializzato Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici

Area	*Settore*	*Prestazione*
		della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato o e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sottoelencati: - aereo sanitario; - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; - treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto; - autoambulanza senza limiti di percorso. Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.
SERVIZIO MONITOR SALUTE		Il Servizio Monitor Salute è offerto da Generali Italia spa in collaborazione con Generali Italia spa Servizi S.r.l., società controllata da Generali Italia spa S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi. Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni. Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.Generali Italia spa.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso. L'Assicurato dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario. Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Generali Italia spa Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi. Generali Italia spa, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici. L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con Generali Italia spa o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'art. "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche". Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800-169009. La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

CASI DI NON OPERATIVITA' DEL PIANO	In generale	Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso. **Il Piano sanitario non è operante per:** 1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. 2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; 3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; 4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); 5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale; 6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; 7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché iricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento. 8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; 9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; 10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; 11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; 12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; 13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; 14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; 15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; 16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici; 17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali; 18. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Area	*Settore*	*Prestazione*
	Relativamente allo statodi non autosufficienza:	Limitatamente alle prestazioni "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente – protezione completa (garanzia operante per il solo titolare)" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze: a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze; b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti; e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali; j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici. l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici. m) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali; n) dirette o indirette di pandemie.

Ultima pagina documento