

GUIDA AL PIANO SANITARIO

SEZIONE A – PIANO SANITARIO BASE
SEZIONE B – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Iscritti alla Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri

Cassa Geometri

La presente guida è da intendersi valida dal 15/10/2026 al 15/04/2027

GENERALI | welion

PREMESSA

La presente guida rappresenta lo strumento per la corretta comprensione e utilizzo del Piano Sanitario.
In nessun caso può sostituire il Contratto di Assicurazione del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Il Contratto di Assicurazione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

A DISPOSIZIONE DEGLI ASSISTITI

Per ricevere maggiori informazioni riguardo al piano di assistenza sanitaria è possibile chiamare il Numero verde dedicato 800.724.355 o dall'estero al +39.02.82951115, **da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00.**

SITO E QR CODE

Link diretto all'area clienti: https://areaclienti.generali.it/AreaClienti/area-clienti.html
Tramite l'App MyGenerali scaricare gratuitamente da App Store e Play Store.

STRUTTURE CONVENZIONATE

https://www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche

https://www.generali.it/strutture-convenzionate/studi-odontoiatrici

SOMMARIO

1. GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE 5
1.1 INTRODUZIONE 5
1.2 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA 6
1.3 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE/ASSISTENZA INDIRETTA 9
1.4 Il TRACKING DELLA PRATICA 11
1.5 ACCESSO AL NETWORK SANITARIO A TARIFFE AGEVOLATE 12
1.6 DOCUMENTI E MODULISTICA 12

2. SEZIONE A – PIANO SANITARIO BASE 13
2.1 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA 13
2.2. LE PRESTAZIONE DEL PIANO SANITARIO 14
2.2.1 Il limite di spesa annuo 14
2.2.2 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico 14
2.2.3 Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso 16
2.2.4 Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso 17
2.2.5 Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso 18
2.2.6 Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso 19
2.2.7 Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso 20
2.2.8 Anticipi 20
2.2.9 Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero 20
2.2.10 Prestazioni di alta specializzazione 21
2.2.11 Pacchetto maternità (copertura operante per tutti i soggetti assicurati in forma collettiva) 22
2.2.12 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio 22
2.2.13 Cure per il neonato nel primo mese di vita (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva) 23
2.2.14 Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva) 23
2.2.15 Sindrome metabolica 29
2.2.16 Prevenzione 30
2.2.17 Servizi di consulenza e assistenza 31
2.3 CONTRIBUTI 32
2.4 ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 33
2.5 ALLEGATO B – ELENCO EVENTI MORBOSI 36

3. SEZIONE B – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 37
3.1 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE IL PIANO 37
3.2 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 38
3.2.1 Il limite di spesa annuo 38
3.2.2 Ricovero in istituto di cura 38
3.2.3 Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico 40
3.2.4 Day-hospital 40
3.2.5 Intervento chirurgico ambulatoriale 40
3.2.6 Parto e aborto terapeutico/spontaneo 40
3.2.7 Indennità sostitutiva 41
3.2.8 Cure per il neonato nel primo mese di vita 41
3.2.9 Prestazioni extraospedaliere e domiciliari 41
3.2.10 Protesi dentarie a seguito di infortunio 42
3.2.11 Cure dentarie a seguito di infortunio 42
3.3 PERIODO DI CARENZA 43
3.4 CONTRIBUTI 43

4. CONDIZIONI GENERALI ALLE SEZIONI A e B 44
4.1 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 44
4.2 DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE 45
4.3 INCLUSIONI/ESCLUSIONI 45
4.4 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA 45
4.5 VALIDITÀ TERRITORIALE 46
4.6 FORO COMPETENTE 46
4.7 RECLAMI 46



1. GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

1.1 INTRODUZIONE

Sono a disposizione degli Assistiti quattro regimi di assistenza sanitaria:

a) **assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Generali Italia che provvede al pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per le prestazioni mediche ed ospedaliere ricevute purché indennizzabili a termini di polizza. L'Assistito pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico e/o delle eccedenze di spesa a suo carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

b) **assistenza sanitaria rimborsuale/indiretta**: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario convenzionato (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

   In modalità indiretta l'Assistito deve anticipare la somma a cui verrà poi applicata una franchigia a seconda del piano. L'assistenza sanitaria rimborsuale è valida anche per le spese sanitarie sostenute all'estero.

c) **assistenza sanitaria mista:** l'assistito potrà fruire di una forma mista di liquidazione delle spese nel caso di prestazioni presso istituti di cura (pubblici e privati) convenzionati con la Società e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) ed equipe non convenzionate e/o prestazioni non convenzionate.

d) **assistenza sanitaria presso il Servizio Sanitario Nazionale:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate. Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia "Indennità Sostitutiva" Qualora l'Assistito sostenga delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva. Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. A o alla lett. B del presente articolo in dipendenza dell'esistenza di un regime di convenzionamento. Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assistito vengono rimborsate secondo le modalità indicate alla precedente lett. B.

La Società paga direttamente all'istituto di cura convenzionato la componente di spesa, indennizzabile a termini di polizza, relativa all'istituto di cura convenzionato (assistenza diretta), salvo l'applicazione di scoperti/franchigie previsti in polizza per la forma diretta. L'assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con la Società, richiedendone successivamente il rimborso alla medesima. Le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati in polizza per la forma indiretta, che rimangono a suo carico.

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito di Generali Italia www.generali.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato.

Il Network Sanitario, infatti, è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

Vuoi convenzionare una struttura che non fa parte del Network?

Basterà indicare alla struttura interessata, ad entrare nel nostro NTW, di accedere direttamente al nostro sito Welion.it e cliccare nella sezione CONTATTI (qui di seguito il link: www.welion.it/Contatti). Una volta lì, basterà andare in fondo alla pagina e scegliere il form più adatto in base al tipo struttura (SANITARIO o ODONTOIATRICO). I nostri medici verranno convenzionati tramite le Strutture. Non è possibile far convenzionare direttamente i singoli medici.

Cliccando su CLICCA QUI E COMPILA IL FORM si aprirà una schermata con una serie di informazioni indispensabili per la lavorazione della richiesta.

Appena compilato il form l'Ufficio Convenzioni di Generali Welion riceverà una notifica e valuterà la candidatura, fornendo puntuale riscontro nel caso di reciproco interesse.

1.2 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Assistenza diretta:

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito dovrà preventivamente essere autorizzato. L'autorizzazione si ottiene contattando la Centrale Operativa di Generali Welion tramite:

- numero verde dedicato
- portale web.

Ricoveri ed interventi chirurgici

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, almeno **5 giorni feriali** prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine. Al fine di concludere in tempo le verifiche amministrative richieste per l'autorizzazione della pratica, si consiglia di comunicare alla Centrale Operativa la richiesta di pagamento diretto non a ridosso del limite sopra comunicato, ma con ragionevole preavviso.

Modalità di accesso e richiesta tramite WEB

- L'Assistito accede alla sezione Richiesta di autorizzazione in forma diretta;
- seleziona l'anno in cui ha effettuato la prestazione;
- seleziona l'Assistito per il quale si intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato;
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione. La prestazione è ricercabile anche mediante motore di ricerca;
- se presente più di una polizza, seleziona la polizza di riferimento;
- effettua l'upload dei documenti medici e compila i relativi campi informativi (struttura, medico convenzionato, etc..);
- inserisce eventuali note ad integrazione della richiesta;
- visualizza una pagina di riepilogo dove può modificare quanto indicato, prima dell'invio;
- inserisce la data della prestazione prenotata presso la Struttura sanitaria precedentemente selezionata.

Documentazione necessaria

L'assistito dovrà allegare:

- prescrizione o certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- diagnosi o presunta diagnosi;
- anamnesi prossima e remota, presentando il certificato medico che attesti l'insorgenza della patologia;
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione. La prestazione è ricercabile anche mediante motore di ricerca;
- se presente più di una polizza, seleziona la polizza di riferimento;

Modalità di accesso e richiesta tramite NUMERO VERDE

La Centrale Operativa è raggiungibile al Numero verde Dedicato 800.724.355 o dall'estero al +39.02.82951115, **da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00**

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

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

È necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo ricoveri.it@generali.com la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- indicazione della prestazione da effettuare
- diagnosi
- anamnesi prossima e remota presentando certificato medico che attesti l'insorgenza della patologia
- referti esami strumentali

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

Tempistiche di autorizzazione e conferma

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro 3 giorni lavorativi successivi** autorizza la struttura convenzionata a effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

In struttura

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

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.
Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

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

Prestazioni pre e post ricovero

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



Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni extraospedaliere

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno **2 giorni lavorativi** prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine. Al fine di concludere in tempo le verifiche amministrative richieste per l'autorizzazione della pratica, si consiglia di comunicare alla Centrale Operativa la richiesta di pagamento diretto non a ridosso del limite sopra comunicato, ma con ragionevole preavviso.

Modalità di accesso e richiesta tramite WEB

- L'Assistito accede alla sezione Richiesta di autorizzazione in forma diretta;
- seleziona l'Assistito per il quale si intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato;
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione. È presente una barra di ricerca per facilitare la scelta dell'Assistito.
- L'assistito effettua l'upload dei documenti relativi alla richiesta di prestazione sanitaria (vedi paragrafo sotto).
- Accede ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione ed il medico convenzionato.
- Inserisce la data della prestazione prenotata presso la Struttura sanitaria precedentemente selezionata.

Documentazione necessaria
L'Assistito dovrà allegare:

- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi. Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- il documento firmato di delega e privacy se effettua la richiesta per il proprio familiare maggiorenne.

Modalità di accesso e richiesta tramite NUMERO VERDE

La Centrale Operativa è raggiungibile al Numero verde Dedicato 800.724.355 o dall'estero al +39.02.82951115, **da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00**

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

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- diagnosi o presunta diagnosi riportata sul certificato medico che indichi la richiesta della prestazione. Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario
- nominativo del medico

Documentazione necessaria

È necessario che l'Assicurato al momento dell'apertura della richiesta telefonica sia in possesso di prescrizione medica o certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi (da consegnare successivamente in struttura). Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.

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

Tempistiche di autorizzazione e conferma

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro 2 giorni lavorativi** la struttura convenzionata (a effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).
Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia l'Assicurato.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata affinché, una volta effettuati i controlli amministrativi e tecnico medici, possa essere rilasciata l'autorizzazione.

In struttura

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle Condizioni di Assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa. **Qualora non vi sia corrispondenza tra la prescrizione comunicata telefonicamente in fase di richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa e la documentazione medica consegnata in struttura all'atto della prestazione, Generali si riserva di non autorizzare la presa in carico/rivalersi sull'assicurato per eventuali prestazioni non previste in copertura.**

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia una copia delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie. Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

1.3 LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE/ASSISTENZA INDIRETTA

Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato,
previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco dovrà essere corredata di traduzione in italiano o in inglese.
Per l'indennità dei i giorni di ricovero, Generali Italia effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.



Modalità di accesso e richiesta tramite WEB

- L'Assistito accede alla sezione Richiesta di autorizzazione in forma indiretta;
- seleziona l'anno in cui ha effettuato la prestazione;
- selezione l'Assistito per il quale si intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato;
- seleziona la prestazione per la quale intende richiedere l'autorizzazione. La prestazione è ricercabile anche mediante motore di ricerca.
- Se presente più di una polizza, seleziona la polizza di riferimento
- effettua l'upload della fattura e compila i relativi campi informativi (struttura, importo, etc..)
- effettua l'upload dei documenti medici
- inserisce eventuali note ad integrazione della richiesta
- visualizza una pagina di riepilogo dove può modificare quanto indicato, prima dell'invio

Documentazione necessaria

L'Assistito dovrà allegare in caso di ricovero o richiesta indennità giornaliera da ricovero:

- cartella clinica e/o lettera di dimissioni
- fattura dell'intervento/ricovero sostenuto

L'Assistito dovrà allegare in caso di richiesta di rimborso per prestazioni extraospedaliere:

- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi.
- fattura della prestazione sostenuta.

In entrambi i casi l'assistito dovrà allegare il documento firmato di delega e privacy se effettua la richiesta per il proprio familiare maggiorenne, disponibile durante il processo di richiesta e all'interno della sezione "Documenti e modulistica".
Alla prima richiesta (in forma diretta o indiretta) su ogni assicurato viene richiesto di fornire il consenso alla privacy e alla gestione automatizzata. Quest'ultimo non è obbligatorio.
Welion, con la divisione Smart Process Automation di Generali Italia ha realizzato un sistema innovativo che automatizza i processi liquidativi dei sinistri salute per le pratiche più standard, il primo sul mercato italiano. Basato sull'intelligenza artificiale e tecnologia OCR, il sistema verifica i dati secondo regole standardizzate e permette di liquidare i sinistri in tempi brevissimi, con notevole vantaggio verso il cliente e il network di strutture sanitarie. Per ulteriori dettagli si rimanda all'informativa privacy Generali alla sezione "Documenti e modulistica" dell'area personale.

Documentazione Integrativa

Nel caso di richiesta rimborso di prestazioni extraospedaliere, Generali Italia si riserva di richiedere l'integrazione di documenti nei casi di prescrizione mancante o incompleta. Il documento di prescrizione con evidenza della diagnosi o presunta diagnosi non potrà comunque riportare una data successiva a quella in cui è stata effettuata la prestazione.

Cure Dentarie da Infortunio

In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto del Pronto Soccorso, OTP, radiografie e fotografie).

Tempistiche

Il sistema liquidativo effettuerà in automatico tutti i controlli riferiti agli aspetti contributivi ed alle regole di ammissibilità definiti dall'ente prima di consentire all'operatore Welion di completare il processo liquidativo. La compagnia garantisce un tempo medio di gestione pari a 30 giorni per la richiesta di rimborso in seguito a presentazione della documentazione completa.

Accedendo alla sezione delle richieste effettuate dal menù principale, è possibile avere una vista di tutte le richieste precedentemente effettuate dall'utente tramite i canali digitali portale Web e App MyGenerali.

1.4 Il TRACKING DELLA PRATICA

È possibile effettuare una ricerca, inserendo parole chiave nello specifico campo. Le anteprime delle richieste contengono uno stato di avanzamento suddiviso per colore, e immediatamente visibile. L'utente Caponucleo riceverà una mail quando la pratica inviata cambia di stato.

Richiesta di integrazione
Qualora mancassero uno o più documenti, l'utente riceverà una mail con richiesta di integrazione.
In questo caso, il tracking mostrerà l'indicatore su "Richiesta integrazione", e l'utente potrà provvedere al completamento delle informazioni o al caricamento dei documenti direttamente cliccando sul rispettivo tasto. In caso di dubbio, sarà possibile inviare note aggiuntive di chiarimento al liquidatore. Tutti i documenti caricati sono sempre visibili nell'apposita sezione: sarà possibile consultarli e condividerli.

Richiesta in lavorazione
Quando lo stato della richiesta è "In lavorazione", la pratica è in gestione all'area Health Claims. É possibile controllare tutti i documenti inviati e ogni singola informazione precedentemente inserita: non sarà però possibile, solo per questo stato, inviare note aggiuntive sulla pratica.
L'utente potrà accedere alla sezione "Documenti", in cui saranno mostrati tutti i documenti precedentemente caricati: sarà possibile consultarli e condividerli.

Richiesta Autorizzata
Una volta completata l'istruttoria e autorizzata la pratica, l'utente visualizzerà lo stato "Autorizzato". Nel caso di richiesta di rimborso, saranno presenti gli estremi del bonifico e l'importo corrisposto. Cliccando su "Vedi dettagli" nella schermata del tracking su un pagamento autorizzato, si aprirà un pop-up con tutti i dati della liquidazione o dell'autorizzazione. Tutti i documenti caricati sono sempre visibili nell'apposita sezione: sarà possibile consultarli e condividerli.

Richiesta Annullata
Qualora l'utente annulli la propria richiesta di diretta, il sistema salva la voce "Annullato". In questo modo, il sistema annulla, memorizza e visualizza l'aggiornamento di stato mantenendo la pratica visibile per evidenza senza procedere al processo di rimborso. È possibile annullare la richiesta solo in caso di prestazione diretta, e solo in stato inviato o in stato richiesta integrazione. Tutti i documenti caricati sono sempre visibili nell'apposita sezione; sarà possibile consultarli e condividerli.

Assistenza
L'utente potrà sempre inviare note al liquidatore per ricevere informazioni sulla pratica, eccetto il caso in cui il rimborso o la diretta siano già in lavorazione.
Qualora l'utente non riuscisse ad inviare le note, il sistema restituisce un messaggio predefinito indicando di contattare il numero verde in polizza per ricevere ulteriori informazioni.

É inoltre disponibile sull'area riservata:

- Una sezione **Archivio richieste** dove visualizzare tutte le richieste effettuate e se necessario, integrare documentazione mancante
- Una sezione **Massimali** dove visualizzare i massimali previsti ed erosi, disponibili sul nucleo familiare o su singolo assicurato
- Una sezione **"Documenti e Modulistica"** dove visualizzare i documenti di polizza come indicato al successivo capitolo 05



1.5 ACCESSO AL NETWORK SANITARIO A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione ospedaliera o extraospedaliera, dentaria o fisioterapica riabilitativa 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'Iscritto, lo stesso avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia tramite Welion Card.

La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".

La "Welion Card" è disponibile nell'area riservata alla sezione Polizze - informazioni sul servizio.

1.6 DOCUMENTI E MODULISTICA

La sezione "documenti e modulistica", all'interno dell'area personale dell'assicurato, contiene documentazione utile sulla polizza, tra cui:

- **Il documento di delega e privacy**
- **L'attestato di copertura estera,** utile in caso di prestazioni all'estero.
- **Le certificazioni fiscali,** suddivise per anno. È possibile vedere le certificazioni relative agli anni passati cliccando sul tasto "cambia annualità"
- **Guida al Piano Sanitario**
- **Questionario per la valutazione della Sindrome Metabolica**

Tutti i documenti possono essere scaricati cliccando sul tasto di download presente a destra del nome del documento.



2. SEZIONE A
PIANO SANITARIO BASE

2.1 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è operante a favore degli Iscritti e Pensionati in attività Iscritti alla CASSA GEOMETRI.

Le coperture sono estese, in forma individuale, a:

- Dipendenti dei professionisti Iscritti CASSA GEOMETRI che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- Dipendenti dei Collegi;
- Pensionati non iscritti, in continuità e superstiti titolari della precedente copertura sanitaria.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato anche se non convivente o il convivente, tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Sono, altresì, equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente, indipendentemente dal genere.
Per i figli è previsto il limite di 35 anni.

N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili a un qualsiasi lavoro proficuo.

Nel caso in cui il titolare decida di estendere la copertura ai propri familiari dovrà obbligatoriamente comprendere la totalità dei componenti del proprio nucleo familiare come sopra definito. È possibile **non estendere** il Piano sanitario a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura sanitaria del familiare, vale a dire copia del Piano sanitario in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di Piano sanitario collettivo.

Si precisa che l'adesione dei familiari è annuale e potrà essere rinnovata ogni anno.
L'Iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza dell'anno associativo e che si cancella dalla CASSA GEOMETRI, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire del Piano sanitario mediante pagamento del relativo contributo e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.

Viene prevista la possibilità per i **coniugi e i figli superstiti di Iscritti deceduti**, di mantenere attiva la copertura prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo contributo annuo.
L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

2.2. LE PRESTAZIONE DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A;
- ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- trattamento medico domiciliare per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso;
- day-hospital per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A e B;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni di alta specializzazione;
- pacchetto maternità (copertura operante per tutti i soggetti assicurati in forma collettiva);
- prevenzione;
- indennità per grave invalidità permanente da infortunio
- cure per il neonato nel primo mese di vita (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva)
- indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva);
- sindrome metabolica;
- applicazione tariffe convenzionate;
- servizi di consulenza e assistenza.

2.2.1 IL LIMITE DI SPESA ANNUO

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo, per l'insieme di tutte le prestazioni di cui al presente "Sezione A Piano Sanitario Base", che ammonta a **€ 500.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

2.2.2 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

2.2.2.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.



Qualora l'Iscritto venga ricoverato per effettuare un grande intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO	Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni bioptiche, terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **125** giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso.
INTERVENTO CHIRURGICO	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento. Diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento.
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero.
RETTE DI DEGENZA	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
ACCOMPAGNATORE	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera. La copertura è operante fino al limite di **€ 110,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di **€ 3.900,00** per anno associativo e nucleo familiare.
POST-RICOVERO	Trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei **155** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. In tale ambito (fermi i limiti temporali di cui sopra) si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale in copertura o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/ intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

2.2.2.2 TRASPORTO SANITARIO

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.2.2.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Generali Italia liquida le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo.

Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato, compresi eventuali casi di rigetto.

2.2.2.4 APPARECCHI PROTESICI E SANITARI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.500,00 per nucleo familiare.

2.2.2.5 CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.2.2.6 RIMPATRIO DELLA SALMA E COSTI FUNERARI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore, con il massimo di € 1.000,00 per anno/nucleo familiare, da intendersi come importo aggiuntivo rispetto al limite di spesa di seguito indicato.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

2.2.3 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO PER GRAVE EVENTO MORBOSO

2.2.3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRAVE EVENTO MORBOSO

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

La copertura è operante in assenza di intervento chirurgico. Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le coperture di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico".

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato in seguito ad un grave evento morboso, in assenza di intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Accertamenti diagnostici comprese le prestazioni bioptiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura effettuate nei **100** giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dall'evento morboso che ha determinato il ricovero.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di **€ 3.900,00** per anno associativo e nucleo familiare.
Post-ricovero	Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni bioptiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei **120** giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura a seguito di ricovero in copertura nel presente Piano sanitario e avvenuto nell'arco della validità del Piano stesso. Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 13.000,00** per nucleo familiare.

2.2.3.2 TRASPORTO SANITARIO

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.2.3.3 APPARECCHI PROTESICI E SANITARI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.500,00 per nucleo familiare.

2.2.3.4 CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.2.3.5 RIMPATRIO DELLA SALMA E COSTI FUNERARI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore, con il massimo di € 1.000,00 per anno/nucleo familiare, da intendersi come importo aggiuntivo rispetto al limite di spesa di seguito indicato.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

2.2.4 TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE PER GRAVE EVENTO MORBOSO

2.2.4.1 TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE PER GRAVE EVENTO MORBOSO

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

La copertura è operante per le seguenti spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare:

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'evento morboso avvenuta dopo la decorrenza del Piano sanitario. Per ottenere il rimborso da parte di Generali Italia, è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante.

2.2.4.2 APPARECCHI PROTESICI E SANITARI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.500,00 per nucleo familiare.

2.2.4.3 CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.2.4.4 RIMPATRIO DELLA SALMA E COSTI FUNERARI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.
Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore, con il massimo di € 1.000,00 per anno/nucleo familiare, da intendersi come importo aggiuntivo rispetto al limite di spesa di seguito indicato.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

2.2.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE EVENTO MORBOSO

Per le prestazioni di cui ai precedenti paragrafi "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico", "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso" e "Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso" operano le seguenti modalità liquidative.

1. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia ed effettuate da medici convenzionati.**

   a) **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:**

   Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Generali Italia alle strutture stesse lasciando una quota del **10%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€300,00** con un massimo non indennizzabile di **€1.500,00** per sinistro, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

   b) **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:**

   Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Generali Italia alle strutture stesse lasciando una quota del **20%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€300,00** con un massimo non indennizzabile di **€4.000,00** per sinistro, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

2. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia:**

   a) **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:**

   Le prestazioni vengono rimborsate applicando una franchigia fissa di **€ 300,00** per sinistro e uno scoperto pari al **20%** con un massimo a carico dell'Assicurato di **€ 2.500,00,** ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

   b) **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:**

   Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **30%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€500,00** con un massimo non indennizzabile di **€5.000,00** per sinistro, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

3. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia ed effettuate da medici non convenzionati.**

a) **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le seguenti modalità:

- le **spese per le prestazioni fornite dalla struttura convenzionata** verranno liquidate secondo quanto previsto al punto **"1.a"**
- le spese relative al **personale medico non convenzionato** verranno rimborsate con le modalità previste al punto **"2.a"**

b) **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le seguenti modalità:

- le **spese per le prestazioni fornite dalla struttura convenzionata** verranno liquidate secondo quanto previsto al punto **"1.b"**
- le spese relative al **personale medico non convenzionato** verranno rimborsate con le modalità previste al punto **"2.b"**

4. **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate**

Generali Italia rimborsa integralmente le eventuali spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (paragrafo "Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso").

2.2.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O PER GRAVE EVENTO MORBOSO

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Generali Italia a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **180** giorni per ciascun anno associativo e per Iscritto.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

È inoltre previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli precedenti, che verrà effettuato con le modalità previste ai precedenti punti.

La presente indennità sostitutiva è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui al punto "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico" – punto "Post-ricovero", in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero/day-hospital.



2.2.7 DAY-HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE EVENTO MORBOSO

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.
Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

- Il day-hospital per **grande intervento chirurgico** è equiparato a tutti gli effetti al ricovero di cui al paragrafo
- Il day-hospital **senza intervento chirurgico per grave evento morboso superiore a 3 giorni** (per il quale sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativo alla stessa patologia/infortunio) è equiparato, a tutti gli effetti, al ricovero di cui al paragrafo "ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso".

2.2.8 ANTICIPI

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Iscritto domandare anticipatamente – entro il limite dell'**80% della somma preventivata** – l'importo da versare a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.
L'anticipo avverrà a condizione che:

- Non ci siano ragionevoli dubbi sull'indennizzabilità a termini del Piano sanitario delle spese di ricovero;
- Sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta di deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

In presenza della detta documentazione, l'anticipo richiesto sarà reso disponibile all'Iscritto entro dieci giorni dal ricevimento della documentazione stessa.
Se il ricovero non fosse eseguito **entro 30 giorni** dalla data prevista al momento della richiesta, l'Iscritto dovrà provvedere alla restituzione della somma alla Società nel più breve termine possibile.

2.2.9 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare

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, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

A parziale deroga di quanto previsto dal precedente punto 2.2.5, la prestazione, ove prestata da strutture private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 15%, fermo il resto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 15.000,00 per persona.

2.2.10 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

1. Angiografia;
2. Artroscopia;
3. Broncografia;
4. Cistoscopia;
5. Clisma opaco;
6. Colangiografia;
7. Colangiografia percutanea (PTC);
8. Colecistografia;
9. Colonscopia con asportazione di tessuto;
10. Colposcopia;
11. Ecocolordoppler;
12. Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
13. Ecografia transrettale;
14. Ecografia transvaginale;
15. Ecografia mammaria;
16. Fistolografia;
17. Flebografia;
18. Fluorangiografia;
19. Holter cardiaco;
20. Holter pressorio;
21. Isterosalpingografia;
22. Mammografia;
23. OCT Oculare;
24. Risonanza Magnetica Nucleare;
25. Rx esofago con mezzo di contrasto;
26. Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
27. Rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
28. Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);
29. Tomografica a Emissione di Positroni (PET);
30. Urografia;
31. Vesciculodeferentografia.

Sono altresì rimborsabili e considerate come unica prestazione anche le spese per eventuale sedazione e/o anestesia prescritta per eseguire gli accertamenti di cui sopra.

La presente copertura è operante solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia e prestazioni effettuate da medici convenzionati

a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La presente copertura è operante inoltre in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Generali Italia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto 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 € 5.000,00 per nucleo. Tale limite di spesa si intende aggiuntivo a quanto previsto dalla copertura B, se prevista e in questo caso verrà utilizzato prima della suddetta copertura.

2.2.11 PACCHETTO MATERNITÀ (COPERTURA OPERANTE PER TUTTI I SOGGETTI ASSICURATI IN FORMA COLLETTIVA)

La presente copertura è operante esclusivamente presso le strutture convenzionate con Generali Italia ed effettuate da medici convenzionati.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- n. 4 ecografie (compresa l'ecografia morfologica);
- analisi clinico-chimiche da protocollo;
- una prestazione a scelta tra amniocentesi, villocentesi o test equivalente (ad esempio Harmony test, Prenatal Safe) fino ad un massimo di **€ 500,00** (inteso come sottolimite dell'importo annuale a disposizione di seguito indicato);
- n. 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche;
- n. 1 ecocardiografia fetale;
- n. 1 visita di controllo ginecologico post-parto;
- n. 2 visite urologiche;
- n.1 ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post-parto.

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Generali Italia alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00.

2.2.12 INDENNITÀ PER GRAVE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio che comporti all'Iscritto un'invalidità permanente di grado superiore al **66%**, Generali Italia liquiderà un indennizzo pari al capitale Iscritto ad **€ 70.000,00.**

Generali Italia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado d'invalidità Generali Italia farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. n. 1124/1965 e ss.mm.ii.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata a Generali Italia entro **15 giorni** dall'infortunio stesso.
La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali del Piano sanitario.

2.2.13 CURE PER IL NEONATO NEL PRIMO MESE DI VITA (COPERTURA OPERANTE PER I SOLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA)

Il Piano sanitario rimborsa, nell'ambito del limite di spesa indicato all'art. 2.1 "Limite di spesa annuo", le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. La copertura è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il **30°** giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

2.2.14 INDENNITÀ DI NON AUTOSUFFICIENZA (COPERTURA OPERANTE PER I SOLI ISCRITTI IN FORMA COLLETTIVA)

Ai sensi della presente copertura, è considerato in stato di non autosufficienza l'Iscritto che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a **90** giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi punti "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Generali Italia" e "Modalità di riconoscimento del risarcimento/dell'erogazione dei servizi di Assistenza".
Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'Iscritto necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Iscritto che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente); ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Iscritto verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Iscritto a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive (la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche);
- la capacità intellettuale dell'Iscritto è tale per cui lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Iscritto stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

Quando l'iscritto si trova in uno stato di non autosufficienza consolidata/permanente, Generali Italia garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria oppure eroga un'indennità forfettaria a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie e sociosanitarie sostenute.

La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Iscritto, ovvero da un suo congiunto o altro soggetto che lo rappresenta, al momento della denuncia del sinistro. È consentito effettuare successivamente un solo cambio entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

2.2.14.1 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene definita persona “non autosufficiente” quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, almeno 3 delle 6 seguenti “attività ordinarie della vita quotidiana”.
Per attività ordinarie della vita quotidiana si intendono:

1. **lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. **vestirsi, svestirsi:** la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell’Iscritto, purché utilizzati in modo autonomo, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. **nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare usando il piatto e le posate;
4. **andare in bagno:** la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale anche con l’impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo;
5. **mobilità:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all’altra sullo stesso piano anche con l’ausilio di attrezzature tecniche, purché utilizzate in modo autonomo;
6. **spostarsi:** la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l’aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo.

2.2.14.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI GENERALI ITALIA

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, l’Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare Generali Italia e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell’Iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l’origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell’affezione o delle affezioni.

In risposta, Generali Italia invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l’Iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell’Iscritto. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.
In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test *Mini Mental State Examination di Folstein*).



2.2.14.3 MODALITÀ DI RICONOSCIMENTO DEL RISARCIMENTO/DEL RIMBORSO/DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero o responsabile della struttura, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.
Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Iscritto, dovrà essere inviata a Generali Italia.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto.

Generali Italia avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da Generali Italia, sempreché il Piano sanitario non sia scaduto da oltre quattro mesi, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;

oppure

- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

2.2.14.4 FASE D'ISTRUTTORIA

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Generali Italia così come previsto al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le tempistiche di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Iscritto ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, Generali Italia invia il questionario da compilare e richiedere ulteriore documentazione medica ove necessaria;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva Generali Italia, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Iscritto a visita;
- entro 90 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, Generali Italia si impegna a dare riscontro all'Iscritto, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.

Nel caso l'Iscritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", avrà diritto alla prestazione con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'Iscritto si trovava in stato di non autosufficienza già al momento della presentazione della denuncia. Diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'Iscritto si trova in stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui l'Iscritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" Generali Italia, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Iscritto le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'Iscritto di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da parte di Generali Italia dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Iscritto.

Nei casi in cui l'Iscritto non sia in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" Generali Italia comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi, come da valutazione del medico incaricato da Generali Italia stessa, ed indicando la rivedibilità.
Nel caso di lungodegenza Generali Italia si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l'Iscritto ed a fornire a questi riscontro. In ogni caso, l'Iscritto potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

2.2.14.5 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", Generali Italia provvederà all'erogazione delle prestazioni, ivi inclusa la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) meglio dettagliate nel successivo punto "Servizio PAI per la non autosufficienza", nelle forme di seguito indicate:

- Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Generali Italia nei limiti dell'importo di **€ 1.600,00** mensili non rivalutabili e per 60 mesi, indipendentemente dalla durata del presente Piano sanitario;
- Indennizzo forfettario del danno erogato in forma mensile previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall' ufficio anagrafico di residenza, per l'importo di **€ 1.600,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi.

Fermo restando la copertura indicate nei punti a) e b), qualora nel nucleo familiare siano presenti dei figli minori, il periodo di erogazione si intende raddoppiato e comunque tale beneficio aggiuntivo cesserà al compimento del **22°** anno di età dell'ultimo dei figli minori. Nel caso siano presenti figli disabili e inabili a qualsiasi lavoro proficuo, il periodo di copertura si intende triplicato indipendentemente dall'età.

In caso di decesso dell'Iscritto prima della scadenza del termine di erogazione delle prestazioni, quest'ultime saranno sospese dal primo giorno del mese successivo all'avvenuto decesso, fermo restando l'onere per i familiari di darne tempestiva comunicazione a Generali Italia.

Generali Italia corrisponde all'Iscritto quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma mensile anticipata.



2.2.14.6 SERVIZIO PAI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" e successivi, potrà telefonare alla Centrale (entro due settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza) al numero verde dedicato e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito dell'importo mensile previsto e previa valutazione di Generali Italia, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità descritte.

Generali Italia, intervistando telefonicamente l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora Generali Italia valuti che vi siano i presupposti potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali le indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza.

Il Case Manager provvede inoltre ad inviare all'Iscritto, all'amministratore di sostegno, al tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto, una guida orientativa per le agevolazioni socio assistenziali. Il Case Manager è un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche psicosociali o emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, Generali Italia si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico e del Case Manager.
L'attivazione della copertura avverrà secondo le seguenti modalità:

1) **Nel caso in cui Generali Italia riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato** all'Iscritto verrà fornito un numero verde attivo 24 ore su 24. Il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con le indicazioni dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti, necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sottoelencate, Generali Italia, nei limiti dell'importo mensile, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse. All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di Generali Italia, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto o dall'amministratore di sostegno, dal tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI. Le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra indicato sono di seguito elencate:

   - Assistenza fornita da Infermiere/Operatore Socio Sanitario/Assistente familiare;
   - Badante;
   - Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
   - Accertamenti diagnostici;
   - Trasporto in ambulanza;
   - Prestazioni erogate in regime di ricovero.

   Generali Italia procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni esclusivamente in strutture convenzionate con Generali Italia stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4). Generali Italia provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Generali Italia utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento dell'importo massimo previsto una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio, alle strutture prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di una comunicazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) **Nel caso in cui la Generali Italia riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento**, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, Asl) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espressi dall'Iscritto o dai familiari.
Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Generali Italia provvederà a prenotare tali prestazioni il cui costo resterà a carico dell'Iscritto e invierà, alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti Generali Italia con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

   Generali Italia provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente alla sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Generali Italia ed utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto.

   Generali Italia si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso. Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, Generali Italia rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di Generali Italia nei limiti dell'importo massimo mensile. Qualora invece le condizioni dell'Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Iscritto stesso.

3) **Nel caso in cui Generali Italia non riconosca lo stato di non autosufficienza**, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto. Laddove al termine dell'istruttoria risultasse che l'Iscritto abbia bisogno di una terza persona per svolgere 2 su 6 delle attività della vita quotidiana di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", all'Iscritto verrà fornito un numero verde attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al Comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.

   Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Generali Italia provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso l'applicazione di tariffe riservate a Generali Italia con un conseguente risparmio rispetto al tariffario previsto.

2.2.14.7 CASI DI NON OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Per la copertura "Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità)" sono esclusi:

- tutti gli Iscritti che, al momento della prima adesione alla medesima copertura, risultavano già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica). Nelle ipotesi sopra indicate, Generali Italia non riconosce le prestazioni in copertura ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di contributo non goduto, al netto dei relativi costi accessori.



È inoltre, escluso dalla copertura lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo dell'Iscritto;
- Partecipazione attiva dell'Iscritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta della Cassa, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Oltre a ciò, non sono coperti dal presente Piano sanitario, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra e il sinistro stesso, o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.
- Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Iscritto abbia preso parte volontariamente;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Incidente di volo se l'Iscritto, sia come militare sia come civile, viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La copertura, tuttavia, è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Iscritto in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni con autorespiratore, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
- Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

2.2.15 SINDROME METABOLICA

Per attivare la copertura l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile dal sito www.cassageometri.it o nell'area riservata del portale My Generali.

L'Assicurato dovrà inviare il questionario all'indirizzo mail indicato sul questionario stesso.
Generali Italia provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite mail.

Generali Italia fornirà all'Assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, alcune indicazioni per consentirgli comportamenti e stili di vita più corretti in merito all'attività fisica e all'alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.
L'Assicurato verrà contattato da Generali Italia (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Generali Italia provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture convenzionate con Generali Italia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi
- proteinuria

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario a partire dalla data di compilazione del questionario.
Per l'attivazione della presa in carico, l'assicurato dovrà allegare tramite la propria area riservata l'esito del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura.

Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, l'Assicurato potrà accedere alle strutture convenzionate con Generali Italia a tariffe agevolate mostrando la Welion Card, mantenendo i costi a proprio carico.

2.2.16 PREVENZIONE

Il Piano provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate da effettuarsi esclusivamente presso strutture convenzionate. Le prestazioni previste potranno essere attivate singolarmente o in pacchetti omogenei e non necessariamente dovranno essere effettuate in un'unica soluzione:

Prestazioni previste per uomini e donne una volta l'anno:

Esame emocromocitometrico completo;
Velocità di eritrosedimentazione (VES);
Esame delle urine;
Colesterolo totale, colesterolo HDL e LDL;
Esame occulto delle feci;
Trigliceridi e glicemia;
Elettroforesi proteine plasmatiche;
Azotemia (Urea);
Creatinemia;
ALT/FTP;
AST/GOT;
Gamma GT;
PTT;
PT;
Elettrocardiogramma base;
Visita specialistica oculistica;
Visita specialistica otorino con esame audiometrico;
Visita specialistica odontoiatrica con ablazione del tartaro;
Visita specialistica cardiologica
Visita Tiroide
Mappatura dei nei
Visita Urologica
Ecografia transrettale

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 40 anni una volta all'anno:
- PSA;
- PSA free;
- Ecografia prostatica;
- ECG da sforzo;

Prestazioni previste per le donne di età superiore a 40 anni una volta all'anno:
- Ecografia mammaria;
- Pap test;
- Visita ginecologica;
- Mammografia
- Visita senologica

Prestazioni previste per le donne di età superiore a 50 anni una volta ogni due anni:
- Ecodoppler arti
- Mammografia
- MOC

Prestazioni previste per le donne di età superiore a 30 anni una volta ogni due anni:
- Test HPV (papilloma virus).

2.2.17 SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di Generali Italia telefonando al Numero Verde **800.724.355 o dall'estero al +39.02.82951115, da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00**:

Informazioni telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.

Prenotazione di prestazioni sanitarie

Generali Italia fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nelle strutture sanitarie convenzionate attraverso l'utilizzo dei canali digitali portale Web e App MyGenerali per le prestazioni abilitate

Prestazione di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa raggiungibile al Numero Verde **800.724.355 o dall'estero al +39.02.82951115** e digitando **il tasto 4** nell'intero arco della giornata, compresi i giorni festivi.

Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

- **Rientro dal ricovero di primo soccorso**

  Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto 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, applicando un importo non indennizzabile **di € 100,00.**

ALL'ESTERO

- **Viaggio di un familiare all'estero**

  Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Iscritto necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a **10 giorn**i, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un congiunto, o altro soggetto indicato dalla famiglia o dallo stesso Iscritto residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

- **Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'estero**

  Qualora l'Assicurato trovandosi all'estero, in caso di malattia/infortunio, necessitasse di ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrati in Italia, la Struttura Organizzativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti, reperibili sul posto.

- **Rimpatrio sanitario**

  Nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Iscritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della Centrale Operativa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Iscritto, eventualmente anche in barella, tra quelli sotto elencati:
  - aereo sanitario;
  - aereo di linea, classe economica;
  - treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
  - autoambulanza senza limiti di percorso.

  Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Iscritto di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

- **Pareri medici**

  Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Iscritto, al quale l'Iscritto potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a proprio carico solo se l'evento è escluso dal Piano sanitario).

- **Informazioni sulla degenza**

  Qualora l'Iscritto, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Istituto di cura, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Iscritto, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

- **Trasmissione messaggio urgenti**

  Qualora l'Iscritto in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi a qualsiasi destinatario indicato dall'Iscritto.

2.3 CONTRIBUTI

I contributi semestrali per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Iscritti e pensionati in attività iscritti a CASSA GEOMETRI	A carico di CASSA GEOMETRI
Dipendenti dei Collegi/Professionisti iscritti	**€ 99,45**
Pensionati non iscritti in continuità	**€ 99,45**
Contributo aggiuntivo per un familiare	**€ 100,00**
Contributo aggiuntivo per due familiari	**€ 175,00**
Contributo aggiuntivo per tre o più familiari	**€ 225,00**
Superstiti	**€ 75,00**



2.4 **ALLEGATO A** – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

A) Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa, la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.
Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in copertura quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari, tra cui a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, in conseguenza delle asportazioni di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B) Interventi per trapianti: tutti.

C) Interventi ortopedici:
1) di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, caviglia, ivi incluso il costo della protesi;
2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
3)disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
4)disarticolazione dell'anca;
5)amputazione addominopelvica;
6)reimpianto di arti staccati.

D) Interventi di neurochirurgia per:
1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
3) intervento per encefalomeningocele;
4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
9) cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
10) neurotomia retrogasseriana;
11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meielemeningocele, ecc.);
13) vagotomia per via toracica;
14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
15) plastica per paralisi del nervo facciale;
16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
19) trapianto di nervo;
20) artrodesi vertebrale;
21) risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomia.

E) Interventi di cardiochirurgia per:
1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti;

F) Interventi di chirurgia vascolare per:

1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
3) disostruzione by-pass aorta addominale;
4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
6) by pass aortocoronarico.

G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
2) plastica per paralisi del nervo facciale;
3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
4) anchilosi temporo-mandibolare;

H) Interventi di chirurgia generale per:

1) diverticolosi esofagea;
2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
6) colecistecomia
7) pancreatite acuta;
8) broncoscopia operativa;
9) resezione epatica;
10) epatico e coledocotomia;
11) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
12) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
13) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
14) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
15) intervento per mega-esofago;
16) resezione gastrica totale;
17) resezione gastro-digiunale;
18) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
19) interventi di amputazione del retto-ano;
20) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
21) drenaggio di ascesso epatico;
22) interventi chirurgici per ipertensione portale;
23) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
24) papillotomia per via transduodenale;
25) intervento di asportazione della milza;
26) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione;
27) tirodectomia totale;
28) resezione pancreatica;
29) interventi di asportazione di ernia ombelicale o epigastrica, complicata o recidiva.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
2) intervento per estrofia della vescica;
3) metroplastica;
4) nefroureterectomia radicale;
5) surrenalectomia;
6) interventi di cistectomia totale;
7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;

8) cistoprostatovescicolectomia e/o resezione endoscopica della prostata;
9) ileocisto plastica;
10) colecisto plastica;
11) isterectomia totale;
12) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

1) odontocheratoprotesi;
2) timpanoplastica;
3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
4) chirurgia translabirintica della vertigine.
5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
6) chirurgica della sordità otosclerotica;
7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi a finalità estetica);
8) reimpianto orecchio amputato;
9) ricostruzione dell'orecchio medio;
10) incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K) Interventi di chirurgia toracica per:

1) pneumectomia totale o parziale;
2) lobectomia polmonare;
3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
4) interventi per fistole bronchiali;
5) interventi per echinococcosi polmonare;
6) resezione segmentale del polmone;
7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
8) trapianto di midollo osseo.

L) Interventi di chirurgia pediatrica per:

1) idrocefalo ipersecretivo;
2) polmone cistico e policistico;
3) atresia dell'esofago;
4) fistola dell'esofago;
5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
10) pseudo cisti e fistole pancreatiche.



2.5 **ALLEGATO B** – ELENCO EVENTI MORBOSI

A) Infarto miocardico acuto

B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

1) dispnea;
2) edemi declivi;
3) aritmia;
4) angina instabile;
5) edema o stasi polmonare;
6) ipossiemia.

C) Neoplasia maligna.

D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

1) ulcere torbide
2) decubiti;
3) neuropatie;
4) vasculopatie periferiche;
5) infezioni urogenitali o sovrainfezioni;
6) complicanze oculari.

E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F) Stato di coma.

G) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre, limitatamente all'iscritto o pensionato non iscritto in continuità, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I) Tetraplegia.

J) Sclerosi multipla.

K) Sclerosi laterale amiotrofica.

L) Alzheimer.

M) Morbo di Parkinson caratterizzato da:

1) riduzione attività motoria;
2) mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

3. SEZIONE B
PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

3.1 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE IL PIANO

Per l'adesione al Piano sanitario Integrativo è necessario che ogni titolare ed eventuale nucleo familiare abbia aderito precedentemente alla "Sezione A Piano Sanitario Base".

Le coperture sono estese, in forma individuale a:

- Iscritti e Pensionati in attività Iscritti alla CASSA GEOMETRI.
- Dipendenti dei professionisti Iscritti CASSA GEOMETRI che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- Dipendenti dei Collegi;
- Pensionati non iscritti, in continuità e superstiti titolari della precedente copertura sanitaria.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato anche se non convivente o il convivente, tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Sono, altresì, equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente, indipendentemente dal genere. Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.**

Nel caso in cui il titolare decida di estendere la copertura ai propri familiari dovrà obbligatoriamente comprendere la totalità dei componenti del proprio nucleo familiare come sopra definito. È possibile non estendere il Piano sanitario a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura sanitaria del familiare, vale a dire copia del Piano sanitario in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di Piano sanitario collettivo.

Si precisa che l'adesione dei familiari è annuale e potrà essere rinnovata ogni anno.
L'Iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza dell'anno associativo e che si cancella dalla CASSA GEOMETRI, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire del Piano sanitario mediante pagamento del relativo contributo e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.
Viene prevista la possibilità per i **coniugi e i figli superstiti di Iscritti deceduti**, di mantenere attiva la copertura prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo contributo annuo. L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.
Trattandosi di un Piano sanitario integrativo, sono da considerarsi oggetto di copertura nel presente Piano le prestazioni che non sono previste all'interno del Piano sanitario Base.

3.2 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- prestazioni extraospedaliere e domiciliari;
- protesi dentarie a seguito di infortunio;
- cure dentarie a seguito di infortunio;

3.2.1 IL LIMITE DI SPESA ANNUO

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo, per l'insieme di tutte le prestazioni di cui al presente "Sezione B Piano Sanitario Integrativo", che ammonta a **€ 300.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare.
Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

3.2.2 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici (comprese le prestazioni bioptiche), visite specialistiche nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **90** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e tutte le prestazioni sanitarie durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Generali Italia, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00** al giorno più il **50%** dell'eccedenza. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva/semintensiva.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera. La copertura è prestata nel limite di **€ 110,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 110,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso. Sono compresi in copertura i medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

1. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia ed effettuate da medici convenzionati.**

   a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:

   Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Generali Italia alle strutture stesse lasciando una quota del **10%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€300,00** con un massimo non indennizzabile di **€2.000,00** per sinistro, a eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

   b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:

   Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Generali Italia alle strutture stesse lasciando una quota del **20%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€300,00** con un massimo non indennizzabile di **€3.000,00** per sinistro, a eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

2. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia:**

   a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:

   Le prestazioni vengono rimborsate applicando una franchigia fissa di **€ 300,00** per sinistro e uno scoperto pari al **20%** con un massimo a carico dell'Assicurato di **€ 2.500,00,** ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

   b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:
   Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **30%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€500,00** con un massimo non indennizzabile
   di **€5.000,00** per sinistro, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

3. **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia ed effettuate da medici non convenzionati.**

   a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario:

   Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le seguenti modalità:

   - le **spese per le prestazioni fornite dalla struttura convenzionata** verranno liquidate secondo quanto previsto al punto **"1.a"**
   - le spese relative al **personale medico non convenzionato** verranno rimborsate con le modalità previste al punto **"2.a"**

   b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario:

   Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le seguenti modalità:

   - le **spese per le prestazioni fornite dalla struttura convenzionata** verranno liquidate secondo quanto previsto al punto **"1.b"**
   - le spese relative al **personale medico non convenzionato** verranno rimborsate con le modalità previste al punto **"2.b"**

4. **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate**

   Generali Italia rimborsa integralmente le eventuali spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari rimasti a carico dell'assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (paragrafo 3.2.7 "Indennità sostitutiva")

3.2.3 TRASPORTO SANITARIO IN CASO DI RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 2.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 4.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

3.2.4 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital **con o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi "Ricovero in istituto di cura" con i relativi limiti in essi indicati.

Lo stesso vale nel caso di day-hospital **con intervento chirurgico inferiore o uguale a tre giorni.**

In caso di day-hospital **senza intervento chirurgico uguale o inferiore a tre giorni**, le prestazioni sostenute verranno rimborsate in base a quanto previsto dal successivo paragrafo "Intervento chirurgico ambulatoriale" ad eccezione delle spese per "intervento chirurgico" in quanto non sostenute.

3.2.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo "Ricovero in istituto di cura" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure" e "Post-ricovero", con i relativi limiti in essi indicati.

3.2.6 PARTO E ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO

3.2.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati.

3.2.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo **effettuato in strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia ed effettuate da medici convenzionati,** il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura":

- punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza";
- relativamente alle prestazioni di cui al punto "Post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto
- "Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati.

In caso di parto non cesareo e aborto **terapeutico effettuato in strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura":

- punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza"
- relativamente alle prestazioni "Post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto
- "Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati
- La copertura è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno associativo e per nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

3.2.7 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Generali Italia né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura" punti "Pre-ricovero" e "Post-ricovero", avrà diritto a un'indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100 giorni** per ricovero. Sono compresi il ricovero per parto e aborto terapeutico e spontaneo.
Il rimborso delle spese di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati nei paragrafi precedenti, verrà effettuato con le modalità previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura".
L'indennità verrà corrisposta anche in caso di **day-hospital con intervento chirurgico o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** per l'importo di **€ 155,00** al giorno per un periodo non superiore a **100 giorni** per day-hospital, fermo il resto.

L'indennità di cui al presente paragrafo non verrà erogata nel caso in cui, per il medesimo ricovero, sia già stata corrisposta l'indennità sostitutiva prevista nella "Sezione A Piano sanitario Base".

3.2.8 CURE PER IL NEONATO NEL PRIMO MESE DI VITA

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano in copertura le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse.

La copertura è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nel Piano sanitario entro il **30°** giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale, mentre le prestazioni in forma diretta nelle strutture convenzionate con Generali Italia verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

3.2.9 PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E DOMICILIARI

Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Prestazioni extraospedaliere e domiciliari" è di € 5.000,00 per nucleo familiare. Per la copertura di cui al punto 3.2.9.2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" non rientranti nell'alta specializzazione, è previsto un sottolimite di spesa annuo di € 2.500,00 per nucleo familiare.

3.2.9.1 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (OPERANTE PER LE SOLE PRESTAZIONI NON PREVISTE NELLA "SEZIONE A PIANO SANITARIO BASE")

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle seguenti spese di alta specializzazione.

Amniocentesi	Ecografica transvaginale	Risonanza Magnetica Nucleare
Angiografia	Ecografia mammaria	Rx esofago, Rx esofago con mezze di contrasto, Rx tubo digerente
Arteriografia	Ecotomografia	Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Artroscopia	Elettrocardiografia	Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Broncografia	Elettroencefalografia	Scintigrafia
Broncoscopia	Elettromiografia	Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Cateterismo cardicaco	Elettroscopia	Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
Cisternografia	Endoscopia	Urografia
Cistoscopia	Fistolografia	Vesciculodeferentografia
Clisma opaco	Flebografia	Villocentesi
Colangiografia	Fluorangiografia	**Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici:**
Colangiografia percutanea (PTC)	Holter cardiaco	Chemioterapia
Coronarografia	Holter pressorio	Dialisi
Colonscopia	Isterosalpingografia	Laserterapia a scopo fisioterapico
Crioterapia	Linfografia	Radioterapia
Discografia	Mammografia	
Ecocolordoppler	Moc	
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	Coronografia	
Ecografia transrettale	OCT oculare	

3.2.9.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, con l'esclusione delle visite pediatriche, delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

É altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco), delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Relativamente alle visite specialistiche, 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.

Il sottolimite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.

3.2.9.3 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto 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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Generali Italia, è necessario che l'Iscritto 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 rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

3.2.10 PROTESI DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso. In caso di mancanza di referto di PS, l'assicurato può presentare un certificato emesso da struttura pubblica o privata alternativa.
La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate con il limite di € 600,00 per ogni elemento di protesi dentaria.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

3.2.11 CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso. In caso di mancanza di referto di PS, l'assicurato può presentare un certificato emesso da struttura pubblica o privata alternativa.
La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate integralmente.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

3.3 PERIODO DI CARENZA

Il presente Piano sanitario Integrativo non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione della attuale copertura o dei precedenti Piani sanitari, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della attuale copertura o delle precedenti. Per le forme collettive il presente Piano sanitario Integrativo opera anche per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione sia per i capo nucleo inseriti in forma collettiva che per i familiari ai quali viene estesa in forma di adesione.

Le coperture previste nel presente Piano sanitario sono attivate **60 giorni dopo l'adesione**, tale carenza non si applica in caso di infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre, il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l'Iscritto sia stato in copertura nell'annualità precedente con analogo Piano sanitario. A conferma della posizione associativa di provenienza l'Iscritto dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, attestazione dell'avvenuto versamento del contributo associativo. I termini di carenza non si applicano alle adesioni in forma collettiva dei capo nucleo e per le eventuali estensioni ai componenti del nucleo che gli stessi decidessero di attivare.

3.4 CONTRIBUTI

I contributi semestrali per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Iscritto/PENSIONATO/SUPERSTITE/Dipendente dei Collegi/Dipendente del Professionista iscritto	**€ 250,00**
Titolare più 1 familiare	**€ 400,00**
Titolare più 2 familiari	**€ 450,00**
Titolare più 3 o più familiari	**€ 475,00**



4. CONDIZIONI GENERALI ALLE SEZIONI A e B

4.1 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano sanitario.

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi (esclusioni valide sia per "Sezione A Piano Sanitario Base" sia per "Sezione B Piano Sanitario Integrativo":

1. eliminazione o correzione di difetti fisici[1] preesistenti e malformazioni[2], ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione inoltre non opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell'adesione al Piano sanitario e sconosciuti all'Iscritto in tale momento;
2. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso e LTC così come definito dalle coperture del Piano sanitario, salvo quanto previsto dal Piano sanitario stesso;
3. gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto;
4. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
5. gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Iscritto attività professionale;
6. l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
7. le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile dal Piano sanitario indipendentemente da quando è avvenuto l'evento infortunio o intervento demolitivo;
8. i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura salvo quanto previsto dal Piano sanitario;
9. le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile nei termini, salvo quanto previsto dal Piano Sanitario;
10. le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili dal Piano sanitario;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Iscritto abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
12. gli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero ad eccezione di quelli indennizzabili dal Piano sanitario;
13. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

1 Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
2 Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

4.2. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha efficacia dalle ore 24,00 del 15/10/2026 alle ore 24,00 del 15/04/2027.
Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono durante il periodo di proroga, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

4.3 INCLUSIONI/ESCLUSIONI

Inclusione dei nuclei familiari

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto dal Piano sanitario è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio, nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura sanitaria per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle coperture come indicato al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura". In questo caso il coniuge o il figlio potranno essere inseriti in copertura entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia, ovvero della scadenza della copertura.
Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Piano sanitario. La copertura avrà effetto dalla data di modifica dello stato di famiglia se la comunicazione viene effettuata entro il termine previsto di 60 giorni. Qualora la comunicazione fosse invece successiva a tale termine, la copertura avrà effetto dal giorno della comunicazione. L'Iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

Esclusione di Iscritti in corso d'anno

Il venir meno dei requisiti di cui al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura" non produce effetto ai fini del presente Piano sanitario fino alla scadenza dell'anno associativo. Di conseguenza, tutte le uscite avvenute nell'anno associativo verranno posticipate alla scadenza annuale.

4.4 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Generali Italia effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora Generali Italia dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

4.5 VALIDITÀ TERRITORIALE

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero. Trovi **L'attestato Copertura Estera** all'interno dell'**Area Riservata** sul sito Generali Italia nella **sezione "Documenti e modulistica**".

4.6 FORO COMPETENTE

Per la risoluzione di eventuali controversie, il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

4.7 RECLAMI

Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a: Generali Italia S.p.A. - Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - 00187 ROMA - fax 06.8433004 - e-mail: reclami.it@generali.com. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Generali Italia ha termine 45 giorni per rispondere al reclamo.

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it

Per ulteriori informazioni, consultare il sito Generali Italia, al seguente link: www.generali.it/reclami



ẇelion [da Generali Italia] s. f. - / uè • li • on / è la prima società di welfare integrato; dalla ***salute*** ai ***flexible benefit***, un mondo di servizi innovativi e semplici da fruire per dare più valore alle famiglie, ai lavoratori e alle imprese.
Sinonimo: eccellenza.
Nel contesto: *se dici welfare, dici Welion*.

GENERALI | ẇelion

welion.it

Assicurazione Malattie - rimborso spese mediche in forma completa

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Impresa: Generali Italia S.p.A.

Prodotto: GENERA SALUTE RSM M85-854

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura rimborsa le spese sanitarie, conseguenti ad infortunio, malattia o parto, sostenute per prestazioni ospedaliere (ricoveri, ecc.) ed extraospedaliere dall'Assicurato aderente alle garanzie previste alla sezione A e B del Capitolato di Gara C.I.G. B0CEB75803 per gli iscritti della cassa italiana di previdenza ed assistenza geometri liberi professionisti.

Che cosa è assicurato?

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

- ✓ Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici
- ✓ Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico
- ✓ Indennità sostitutiva
- ✓ Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero
- ✓ Prevenzione
- ✓ Prestazioni sanitarie di alta specializzazione
- ✓ Pacchetto maternità
- ✓ Indennità per grave invalidità permanente da infortunio
- ✓ Rimborso Spese ospedaliere e chirurgiche
- ✓ Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio
- ✓ Cure dentarie da Infortunio

Che cosa NON è assicurato?

× Per i figli conviventi è previsto il limite di 35 anni. Il Piano sanitario, pertanto, può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36°anno d'età.

Ci sono limiti di copertura?

Le principali esclusioni sono relative a:

! eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad esclusione degli interventi sui bambini che non abbiano superato il 5° anno di età. L'esclusione non opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell'adesione alla copertura assicurativa e sconosciuti all'Assicurato in tale momento;
! malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche. L'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico, di grave evento morboso e LTC ovvero salvo quanto esplicitamente previsto in polizza;
! gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato o della Cassa;
! gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti, di alcool e di sostanze psicotrope;
! gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
! l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
! le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza indipendentemente da quando è avvenuto l'evento infortunio o intervento demolitivo;

! i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo etc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura, salvo quanto previsto nella polizza;
! le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle parodontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile nei termini, salvo quanto previsto in polizza;
! le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
! le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
! gli interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero ad eccezione di quelli indennizzabili a termini di polizza;
! le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione, vale in tutto il mondo

Che obblighi ho?

In sede di stipulazione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esaustive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile).

In caso di sinistro, è necessario che l'Assicurato o i suoi aventi diritto presentino, non appena ne abbiano la possibilità, la relativa denuncia a Generali Italia. L'inottemperanza anche ad uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo dovuto.

Quando e come devo pagare? Quali sono le condizioni di adesione?

Il premio è corrisposto con le seguenti modalità:

• Entro il 15 novembre di ogni anno deve aver luogo il versamento di un premio anticipato provvisorio;

• Entro il 30 aprile di ogni anno deve aver luogo il versamento del conguaglio dovuto a seguito della trasmissione delle anagrafiche;

• Entro 60 giorni dall'emissione dell'appendice di regolazione deve aver luogo il versamento del premio relativo alle inclusioni in corso d'anno.

Alla decorrenza del Contratto, gli aventi diritto così come identificati al punto 2 dell'art. 1.4, avranno a disposizione una finestra di ingresso di 90 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al Piano Sanitario. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?
Il Contratto ha durata biennale, con decorrenza dalle ore 24:00 del 15 ottobre 2024 alle ore 24:00 del 15 ottobre 2026.

La Cassa si riserva la facoltà di estendere il contratto per una durata massima pari a n. 365 giorni ai medesimi prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto. L'esercizio di tale facoltà deve essere comunicato almeno 180 giorni prima della scadenza del contratto, ferma restando la facoltà della Compagnia di Assicurazione di non accettare l'estensione del contratto mediante comunicazione da inviare a mezzo PEC, con un preavviso di 160 giorni rispetto alla scadenza delle ore 24:00 del 15 ottobre 2026.

Alla Cassa è riservata la facoltà di disdetta, alla scadenza di ogni annualità, con un preavviso di almeno 90 giorni e senza che la Società possa vantare alcun diritto e/o indennità. Ferma restando la durata biennale della polizza, si precisa che ai fini della regolamentazione delle inclusioni e/o delle esclusioni degli assicurati, di cui all'art.1.4 del presente Capitolato, del pagamento dei premi assicurativi e di tutte quelle fattispecie che nel contratto fanno riferimento ad una disciplina annuale, si considerano come scadenze annuali le seguenti date: ore 24:00 del 15 ottobre 2025, ore 24:00 del 15 ottobre 2026, e nella ipotesi di esercizio del diritto di estensione ore 24:00 del 15 ottobre 2027.

Come posso disdire la polizza?
La presente copertura è senza tacita proroga e, pertanto, si intende automaticamente disdettata alla sua scadenza naturale

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 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 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@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.

Assicurazione malattie - rimborso spese mediche in forma completa

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

Impresa: Generali Italia S.p.A.
Prodotto: Genera Salute RSM M85-854
Edizione 10/2024

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

GENERALI ITALIA S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali; la sede legale è in Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com; indirizzo PEC: generaliitalia@pec.generaligroup.com.

Generali Italia è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Patrimonio netto al 31/12/2021: € 9.050.863.796 di cui € 1.618.628.450 relativi al capitale sociale e € 7.130.519.742 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.generali.it/note-legali .
Requisito patrimoniale di solvibilità: € 7.827.344.769,68
Requisito patrimoniale minimo: € 3.359.474.146,09
Fondi propri ammissibili: € 19.238.700.398,43
Indice di solvibilità (solvency ratio): 246% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016).

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono: • presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico; • allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri; • acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti; • fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

	Assistenza diretta/in convenzione: Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Gli assicurati devono attivare la Centrale Operativa per tutte le prestazioni da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese diverse da quelle di cui al punto precedente.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Generali Italia effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate – procedendo al pagamento entro 30 giorni. L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.
Quando e come devo pagare? Quali sono le condizioni di adesione?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non previsto
Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.
Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
A chi è rivolto questo prodotto?	

Genera Salute RSM è rivolta a:

a) Dipendenti dei professionisti iscritti alla Cassa che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
b) Dipendenti dei Collegi;
c) Pensionati non iscritti in continuità e Superstiti titolari della precedente annualità assicurativa;

d) Dipendenti pensionati Cassa e Dipendenti Cassa che sottoscrivono risoluzione consensuale con incentivo all'esodo in continuità di copertura;
e) Coniugi e figli superstiti degli assicurati deceduti nel corso dell'annualità assicurativa;
f) Nuclei familiari interi degli assicurati.

Quali costi devo sostenere?

Alla decorrenza del Contratto, gli aventi diritto così come identificati al punto 2 dell'art. 1.4, avranno a disposizione una finestra di ingresso di 90 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al Piano Sanitario ai costi indicati rispettivamente agli artt. 3.4 e 4.8 del Capitolato di Gara C.I.G. B0CEB75803.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a: Generali Italia S.p.A. - Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 8433004 - e.mail: reclami.it@generali.com La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Generali Italia ha termine 45 giorni per rispondere al reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami". I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere: 1. Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; 2. Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; 3. Breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; 4. Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; 5. Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

Mediazione	E' possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a: Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 - 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail generali_mediazione@pec.generaligroup.com
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

AVVERTENZA: PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DEDICATA (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti, anche nel caso di registrazione in videoconferenza/audioconferenza ai fini della vendita a distanza, o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) nell'ambito del Profilo Cliente, della consulenza e dell'offerta assicurativa, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere; (v) per l'esercizio e la difesa di diritti; (vi) per l'adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali; (vii) per la gestione e controllo interno; (viii) per attività statistiche (2). La informiamo, inoltre, che il trattamento dei suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii), (v), (vi) e (vii) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere, nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante la video/audioconferenza; mentre per le finalità di cui alla lettera (iv), (v) e (viii) il trattamento dei suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, all'esercizio e difesa di propri diritti e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a:

- Generali Italia S.p,A., Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da dipendenti e collaboratori della Compagnia e da altri soggetti anche esterni, designati Responsabili o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per conto della Compagnia compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

I miei consensi privacy

Presa visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.