Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.B7 - ed. 07/2017)

A.N.M.Consiglio di Stato – N.380808343 (Opzione 2)

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- **Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

GENERALI

Mod. M85/854.B7 - Ed. 07/2017

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2017

Nota Informativa

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

GENERASalute RSM

GENERALI

GLOSSARIO

Annualità assicurativa	Si intende per annualità assicurativa il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Centrale Operativa Medica	La struttura è costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Difetto fisico	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia per i quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione in base a una delle seguenti opzioni, espressamente indicata in Allegato 1: a) "**nucleo da stato di famiglia**": coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. b) "**nucleo fiscalmente a carico**": coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia se fiscalmente a carico dell'Assicurato; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Protesi	Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o to-

	talmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	E' il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.

A. INFORMAZIONI GENERALI

1) Impresa di assicurazione

GENERALI ITALIA S.p.a., 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.

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

Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 11.270.169.000 euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.618.628.000 euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 9.063.859.000 euro.
L'indice di solvibilità della Società è 212% (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).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 30 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.2 delle condizioni di assicurazione.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto garantisce agli Assicurati una copertura per il rimborso delle spese mediche per:

- Intervento chirurgico con ricovero, Day Hospital o Ambulatoriale
- Ricovero o day Hospital senza intervento chirurgico
- Extraricovero
- Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio
- Cure Oncologiche

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, *operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza*, si rinvia agli articoli del Capitolo 4 "Garanzie" delle condizioni di assicurazione e a quanto indicato nell'Allegato 1.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni ed esclusioni sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli articoli 1.1 (Pagamento del premio) e 2.4 (Esclusioni) delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. In particolare, si rinvia:

- agli articoli 3.5 (Somme assicurate, Scoperto, Franchigia) e 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 delle condizioni di assicurazione;
- all'Allegato 1 di polizza.

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di massimale
Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche di euro 100.000,00.
Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 50.000,00: indennizzo integrale.
Secondo sinistro occorso nella stessa annualità assicurativa con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 60.000,00: indennizzo pari a euro 50.000,00. (Massimale residuo dopo il primo sinistro euro 100.000,00-50.000,00 = euro 50.000,00. Anche se nel secondo sinistro sono stati spesi euro 60.000,00 ne verranno rimborsati solo euro 50.000,00 che corrispondono al massimale residuo per l'annualità assicurativa in questione).

Esempio di scoperto
Scoperto del 20% per la garanzia Rimborso spese extraricovero.
Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.
L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 400,00 (500,00-100,00: dove 100,00 rappresenta il 20% delle spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza).

Esempio di franchigia
Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.
Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.
L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede un limite massimo di età di 75 anni. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare all'art. 2.3 "Permanenza in assicurazione - limiti di età" delle condizioni di assicurazione.

4) Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie non sussistono periodi di tempo - carenze - prima che le stesse siano operanti.

5) Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'art. 1.3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni) delle condizioni di assicurazione.

6) Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 2.2 "Persone non assicurabili" delle condizioni di assicurazione.

L'Assicurazione vale fino al permanere del rapporto di lavoro tra Assicurato e Contraente, qualora l'Assicurato non presti più servizio presso il Contraente, l'assicurazione cessa nei suoi confronti con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Qualora un Assicurato cambi inquadramento professionale e la nuova qualifica non sia più assimilabile alla categoria professionale indicata in contratto, l'assicurazione cessa nei suoi confronti con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla variazione.

Esempio:
L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da tossicodipendenza. In base a quanto previsto dall'art. 2.2 "Persone non assicurabili" delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

7) Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);

- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:
(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

E' comunque rimessa agli intermediari la facoltà di accettare dal Contraente assegni bancari e/o postali a titolo di versamento dei premi assicurativi, purché muniti della clausola di non trasferibilità ed intestati a Generali Italia S.p.A.

Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- *concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;*
- *sulla base della numerosità degli Assicurati;*
- *sulla base di specifiche valutazioni di carattere commerciale.*

8) Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

9) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto prevede per la Società e per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto stesso nei casi previsti dalla legge. Per i termini e modalità di esercizio si rinvia alle norme del Codice Civile.

10) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione 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.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

11) Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12) Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'importo del premio versato, ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13) Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che:
- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data del ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato non appena ne ha avuto possibilità, corredata dalla necessaria documentazione medica;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia agli articoli del Capitolo 3 "Norme operanti in caso di

sinistro" delle condizioni di assicurazione.

14) Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: l'Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica. Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga dell'assistenza diretta, il rimborso potrà essere effettuato con applicazione di uno scoperto.
Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia all'art. 3.6 delle condizioni di assicurazione.
L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate per l'Assicurato con la presente polizza è disponibile sul sito www.generali.it.

15) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:
Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com.
La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:
a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
Il modulo per la presentazione del reclamo ad Ivass può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

16) Arbitrato e Mediazione

Per la soluzione di controversie relative a questioni mediche in merito a sinistri infortuni e malattie è facoltà di entrambe le Parti di avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'arbitrato sarà la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 3.3 delle condizioni di assicurazione.
L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:
Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV)
e-mail: generaliitalia@pec.generaligroup.com

Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.
Le istanze di mediazione nei confronti della Società 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

* * *

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Generali Italia S.p.A.
Amministratore Delegato e Direttore Generale
Marco Sesana

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

Mod. M85/854.B7 - ed. 07/2017 – Pagina 1 di 20

GENERASalute RSM

GENERALI

1. NORME COMUNI

Art. 1.1) Entrata in vigore dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dal giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.
I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto e sono dovuti alle scadenze delle annualità assicurative successive alla prima come specificato all'art. 1.6 "Regolazione del premio".

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:
(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

E' comunque rimessa agli intermediari la facoltà di accettare dal Contraente assegni bancari e/o postali a titolo di versamento dei premi assicurativi, purché muniti della clausola di non trasferibilità ed intestati a Generali Italia S.p.A.

Art. 1.2) Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

Art. 1.3) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

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

Art. 1.4) Oneri

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

Art. 1.5) Obblighi del Contraente

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano,

direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

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

Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.
La Società avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Art. 1.6) Regolazione del premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Entro il 30° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- ***relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché la Società possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio minimo;*
- ***relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.*

Per la regolazione del premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero premio annuo per unità; *se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 70% del premio annuo per unità.*

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

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 1.7) Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'art.13, del D.Lgs. n.196/03, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (Allegato 4) e a restituire alla Società il consenso dell'Assicurato.

Art. 1.8) Lingua in cui è redatto il contratto

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

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1) Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del

contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Art. 2.3) Permanenza in assicurazione – Limiti di età

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

Per coloro che compiono i 75 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito; l'eventuale premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.
Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito.

Art. 2.4) Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
g) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);
h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia;
l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
n) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
o) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
p) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
q) i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1) Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;

2) *allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;*
3) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.*
4) *fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.*

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

Art. 3.2) Criteri di liquidazione

La Società 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 verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.
Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.
La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto e la documentazione inerente oppure tramite internet. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali http://www.generali.it/ e cliccare sulla voce "Area Clienti".
In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo https://areaclienti.spesemediche.generali.it/.

Art. 3.3) Controversie

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

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

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

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

Art. 3.4) Rimborso da Enti

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *ed al netto di quanto già pagato dai predetti enti.*

Art. 3.5) Somme assicurate – scoperto e franchigia

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1, lettera A1.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia *previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.*
Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

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

Art. 3.6) Reti convenzionate

Rete delle “Strutture Convenzionate”

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 dalla Società, *ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.* Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 3).

Art. 3.7) Determinazione dell’annualità assicurativa di competenza

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

a) In caso di ricovero, day hospital e di corresponsione dell’indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1, 4.2 e 4.7 delle condizioni di assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell’entrata dell’Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
b) per le garanzie di cui agli artt. 4.4, 4.5 e 4.6 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

4. GARANZIE

Art. 4.1) Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell’anno assicurativo, e sostenute in caso di:

A) intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:

- onorari dell’équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l’intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l’intervento chirurgico;
- rette di degenza *fino al limite giornaliero indicato nell’allegato 1 lettera B.2;*
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l’intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all’infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell’intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all’infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell’Assicurato con il limite giornaliero di € 60 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell’Assicurato in autoambulanza all’istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero;*
- trasporto dell’Assicurato e di un eventuale accompagnatore all’estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), *col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero.*

In caso di parto con taglio cesareo la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, *fino a concorrenza del limite di € 7.500 per annualità assicurativa*:

- onorari dell’équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l’assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 250;*
- trasporto dell’Assicurato in autoambulanza all’istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.*

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all’estero, l’assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma *fino ad un massimo di € 1.600*.

B) ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accerta-

menti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al *limite giornaliero indicato nell'allegato 1 lettera B.3;*
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per ricovero.*

C) ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 2.600 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato), per:
- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- le rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 150;*
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.*

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza del massimale indicato all'Allegato 1 lettera B.2 e B.3 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato all'Allegato 1, lettera A.1.

Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero
Il rimborso delle spese sostenute in regime di ricovero e di day hospital di cui ai precedenti punti A) e B) avviene previa applicazione di scoperti e franchigie per sinistro in base a quanto indicato all'Allegato 1 lettera B.2 e B.3, ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti in polizza e senza applicazione di scoperti o franchigie, nonché nel caso in cui per l'effettuazione dell'intervento l'assicurato abbia pagato soltanto il ticket previsto dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Esclusivamente per intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto in base a quanto indicato all'allegato 1 lettera B.2 *salvo il caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) con pagamento del solo ticket*.

Spese pre/post ricovero
Le eventuali spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nel presente articolo al punto A) e B) saranno oggetto di rimborso o pagamento alla struttura convenzionata da parte della Società previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'assicurato, esclusi eventuali ticket.

Art. 4.2) Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva:

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

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate all'art. 4.1 saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.

L'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta è indicato nell'Allegato 1 lettera B.4.

La presente garanzia non è operante in caso di ricovero per parto non cesareo (art. 4.1 lett. C).

Art. 4.3) Anticipo

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

L'anticipo *avverrà a condizione che:*

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

Art. 4.4) Rimborso spese extraricovero

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero, *fino a concorrenza del massimale indicato da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera A.1.*
L'elenco tassativo ed esaustivo delle prestazioni rimborsabili e l'indicazione dei relativi massimali sono riportati nell'Allegato 1 lettera B.5.

Qualora l'elenco preveda l'amniocentesi, le relative spese saranno ammesse a rimborso nei seguenti casi: *età dell'assicurata oltre i 35 anni, familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen).*
Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici *fino a concorrenza dell'importo indicato nell'Allegato 1 lettera B.5.*

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera B.5. Ogni richiesta di rimborso deve ricomprendere l'intero ciclo di cura.
Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.
Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 4.5) Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per:

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

La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.6 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'Allegato 1 lettera A.1.
Il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione, che rimangono a carico dell'Assicurato, come indicato nell'Allegato 1 lettera B.6.

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico (anche se rientrante nella garanzia di cui all'art. 4.4) connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in un'unica richiesta di rimborso.

Art. 4.6) Cure oncologiche

La Società rimborsa le spese sostenute in regime ambulatoriale o day hospital per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica *fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 1 lettera B.7 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'allegato 1 lettera A.1.*
Esaurito il massimale di cui al presente articolo, l'assicurato potrà chiedere il rimborso delle suddette prestazioni entro i limiti ed alle condizioni tutte di cui alla Sezione 4 "Garanzie".

Art. 4.7) Interventi chirurgici ad Alta Specializzazione

In caso di ricovero che abbia comportato un Intervento Chirurgico tra quelli indicati nell'elenco di cui all'Allegato 2, il massimale della garanzia "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche" deve intendersi elevato a quello *indicato nell'Allegato 1 lettera B.1 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa.*
Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia per sinistro come indicato nell'allegato 1 lettera B.1.
Per il rimborso delle spese collegate e per il limite giornaliero della retta di degenza si rimanda alla disciplina prevista all'art. 4.1 "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche".

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

A.N.M.CONSIGLIO DI STATO– POLIZZA N. 380808343 (Opzione 2)

Lettera A) – Assicurati e premio

A.1 Assicurati	La Società assicura gli iscritti alla ANM (Associazione Nazionale Magistrati) ed i relativi nuclei familiari (coniuge anche legalmente separato o, in alternativa, il convivente more-uxorio e i figli fino a 26 anni di età risultanti dal certificato di stato di famiglia o conviventi con almeno uno dei genitori se in affidamento) risultanti dagli elenchi trasmessi alla Società nei termini indicati al successivo art. C.2. La Società assicura altresì i Dirigenti che prestano servizio presso un tribunale. L'età massima per il primo ingresso del Magistrato/Dirigente in assicurazione è stabilita in anni 70. Per i Magistrati l'iscrizione all'ANM è condizione di assicurabilità. Il Magistrato/Dirigente che cessa dal servizio prima del compimento del 70° anno d'età potrà essere mantenuto in garanzia purché, alla data della cessazione, abbia maturato una anzianità assicurativa di almeno un anno. Per chi cessasse dal Servizio dopo il compimento del 70° anno, resta fermo il presupposto di una anzianità assicurativa pari ad almeno un biennio ai fini della continuità della copertura. Per cessazione dal servizio - prima o dopo il compimento del 70° anno di età - si intende l'evento contestuale al provvedimento di collocamento a riposo. Su richiesta del Magistrato/Dirigente assicurato, la Società assicura il convivente more uxorio. Qualora quest'ultimo non risultasse dallo stato di famiglia, il Magistrato/Dirigente assicurato dovrà produrre all'atto dell'adesione o del rinnovo annuale, apposita auto-dichiarazione che ne attesti la convivenza. La Società assicura i figli del convivente purché risultanti dallo stato di famiglia. Al momento dell'adesione il Magistrato/Dirigente potrà chiedere l'estensione delle prestazioni per i figli di età compresa tra i 27 e i 37 anni non compiuti conviventi con almeno uno dei genitori. Il Magistrato/Dirigente assicurato potrà chiedere la continuazione della garanzia per i figli conviventi con almeno uno dei genitori che al 1° ottobre dell'annualità assicurativa in cui la richiesta è presentata non abbiano ancora compiuto il 28° anno d'età. L'ulteriore continuazione della copertura può essere richiesta dal Magistrato/Dirigente assicurato per i figli non coniugati conviventi con almeno uno dei genitori che al 1° ottobre dell'annualità assicurativa in cui la richiesta è presentata non abbiano ancora compiuto il 38° anno d'età. Dette estensioni sono prestate sul presupposto che il Magistrato/Dirigente versi- entro il 31 gennaio dell'anno in cui le stesse dovranno avere corso - il relativo premio annuo supplementare. In caso di compimento del 28°o del 38° anno d'età o di cessazione della convivenza con i/il genitori/e nel corso dell'annualità assicurativa, la copertura resta comunque in vigore sino al termine della stessa annualità. I figli del Magistrato/Dirigente assicurato non conviventi con almeno uno dei genitori possono aderire all'Assicurazione Sanitaria Collettiva solo in forma autonoma, anche in mancanza di continuità della garanzia, alle stesse condizioni normative previste per l'Opzione 2 previo versamento del relativo premio loro riservato. Qualora si verificasse il decesso del Magistrato/Dirigente nel corso dell'annualità assicurativa, l'assicurazione resta in vigore a favore del suo nucleo familiare fino al termine della stessa annualità se il premio risulta essere già stato integralmente pagato o, altrimenti, sino alla fine del mese per cui è stata corrisposta l'ultima rata di premio in caso di pagamento mediante trattenuta sullo stipendio. In questa seconda ipotesi gli assicurati superstiti possono mantenere in vigore la copertura, provvedendo al pagamento del premio dovuto e non pagato in un'unica soluzione. Così facendo gli stessi acquistano il diritto di mantenere in vigore l'assicurazione anche per gli anni successivi, dietro versamento del relativo premio annuo. In caso contrario, qualora non venisse esercitata detta facoltà entro i tre mesi successivi alla morte del congiunto, il mancato pagamento della somma a saldo del premio dovuto per l'intera annualità assicurativa vale come volontà implicita di interruzione del rapporto.
A.2 Premio dal 31.01.2018 al 31.01.2019	**Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età inferiore o uguale ai 36 anni:** € 258,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.236,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato; € 544,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1. **Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:** € 387,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.780,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1), per ogni nucleo familiare assicurato; € 861,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 comprensiva dell'Opzione 1), per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1. **Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 45 e 50 anni:** € 387,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.780,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1), per ogni nucleo familiare assicurato; € 861,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 comprensiva dell'Opzione 1), per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1. **Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 51 e 60 anni:** € 425,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.997,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato. **Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 61 e 70 anni:** € 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato; € 2.448,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato. **Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 71 e 80 anni:** € 577,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato; € 2.808,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato **Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età superiore o uguale a 81 anni:** € 721,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;

	€ 3.000,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato. **FIGLI AUTONOMI NON CONVIVENTI** **Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età inferiore o uguale ai 36 anni:** € 309,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.273,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato; € 616,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1. **Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:** € 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.581,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato; € 958,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1. **Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età maggiore o uguale a 45 anni:** € 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.751,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato; € 1.008,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1. **FIGLI CONVIVENTI** Per l'estensione delle garanzie a figlio/a di magistrato aderente, convivente con almeno uno dei genitori: € 93,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a di età compresa tra 27 e 36 anni; € 200,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a di età compresa tra 27 e 36 anni; € 464,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a di età compresa tra 37 e 44 anni; € 1.068,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a di età compresa tra 37 e 44 anni; € 464,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a con età uguale o superiore a 45 anni; € 1273,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a con età uguale o superiore a 45 anni.

Lettera B) – Condizioni normative

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
B.1 Interventi chirurgici ad alta specializzazione	art. 4.7	€ 400.000	**Scoperto:** *in rete:* - nessuna franchigia per gli assicurati con età inferiore uguale a 70 anni - franchigia € 1.000,00 per gli assicurati con età maggiore di 70 anni *fuori rete* :franchigia € 2.500,00 Ticket: rimborso al 100%.
B.2 Intervento con ricovero, Day Hospital o ambulatoriale, parto cesareo e aborto terapeutico - Retta di degenza	art. 4.1 lettera A	€ 150.000 Limite giornaliero per retta di degenza € 250	**Scoperto:** *in rete:* - franchigia € 800 per gli assicurati con età inferiore uguale a 70 anni - franchigia € 1.000,00 per gli assicurati con età maggiore di 70 anni *fuori rete :*scoperto 25% con minimo di € 2.000 massimo € 10.000 *intervento ambulatoriale* franchigia 350 € *Day Hospital in rete* franchigia € 400 *Day Hospital fuori rete* scoperto 25% con minimo di € 1.000 massimo € 5.000 Ticket al 100%.
B.3 Ricovero, Day Hospital senza	art. 4.1 let-		**Scoperto:**

intervento chirurgico - Retta di degenza	tera B	Limite giornaliero per retta di degenza € 250	in rete: - franchigia € 800 per gli assicurati con età inferiore uguale a 70 anni - franchigia € 1.000,00 per gli assicurati con età maggiore di 70 anni *fuori rete :*scoperto 25% con minimo di € 2.000 massimo € 10.000 *Day Hospital in rete* franchigia € 400 *Day Hospital fuori rete* scoperto 25% con minimo di € 1.000 massimo € 5.000 Ticket al 100%.
B.4 Indennità sostitutiva	art. 4.2	€ 100 Fino al massimo di 150 giorni per annualità assicurativa	
B.5 Extraricovero **Elettrocardiografia, Ecografia, Elettroencefalografia, Scintigrafia, Holter, Coronarografia, Angiografia, Arteriografia, Diagnostica radiologica, Dialisi, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Agopuntura, amniocentesi, chemioterapia, cobaltoterapia, doppler, ecocardiografia, elettromiografia, encefalografia, endoscopia, funzionalità ormonale, laserterapia, MOC, prestazioni fisioterapiche a seguito di infortunio certificato da struttura di pronto soccorso, spermiografia, villocentesi.** *di cui* **Protesi ortopediche e apparecchi acustici**	art. 4.4	€ 6.000 GARANZIE NON OPERANTI	**<u>Scoperto:</u>** *in rete:* franchigia € 30,00 *fuori rete:* 35%; Ticket al 100%.
B.6 - **Visite specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche)** - **Esami diagnostici e di laboratorio** - **Trattamenti fisioterapici e riabilitativi**	art. 4.5	€ 1.900 GARANZIE NON OPERANTI	**<u>Scoperto:</u>** *in rete:* franchigia € 30,00 *fuori rete* : 30%; Ticket al 100%.
B.7 Cure oncologiche	art. 4.6	€ 10.000	

Lettera C) condizioni speciali (deroghe al contratto)

C.1) Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio - Termini di aspettativa e operatività della garanzia

A deroga di quanto riportato all.art.1.1 .*Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio.* si conviene tra le parti che i premi incassati direttamente da Marsh o per il tramite del Ministero del tesoro o dell'Istituto di Credito cui sia stato conferito apposito incarico, *dovranno essere corrisposti all'assicuratore entro il 31 marzo o entro 30 giorni dalla rimessa del Ministero; per i neonominati il premio dovrà essere corrisposto entro 30 giorni dal versamento del premio da parte dell'interessato*. Il magistrato che ha delegato il Ministero dell'Economia o il Ministero della Giustizia ovvero l'Istituto di credito presso il quale ha in corso un rapporto di conto corrente bancario ad effettuare per suo conto il versamento del premio rispettivamente mediante trattenuta sullo stipendio ovvero mediante addebito permanente del proprio conto corrente, qualora intenda Recedere dal contratto è tenuto a darne preavviso anche a Marsh ovvero alla Società *almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità*
assicurativa ovvero nei termini e con le modalità di cui all'atto di delega da lui sottoscritto.
Qualora l'onere di effettuare la trattenuta o l'addebito fosse trasferito rispettivamente alla competenza di altro Dipartimento o Amministrazione Statale ovvero di altro Istituto di Credito il Magistrato è tenuto ad informare per iscritto Marsh ovvero la Società entro 30 gg. dal trasferimento.
Nello stesso termine e con le stesse modalità è altresì tenuto a comunicare eventuali cambiamenti di indirizzo.
Nel caso in cui il premio dovuto alla scadenza stabilita non risultasse ancora corrisposto la copertura in deroga al disposto dell'art. 1901, comma 2 c.c . rimarrà comunque in vigore per ulteriori 90 giorni dopo la scadenza della rata rimasta insoluta.
Qualora nello stesso termine, il Magistrato produca a Marsh ovvero alla Società formale dichiarazione di aver nel frattempo interessato i competenti uffici Ministeriali ovvero il proprio Istituto di credito all'esecuzione del pagamento, la Società protrarrà il termine di decorrenza della sospensione di ulteriori novanta giorni.
Determinatasi la sospensione della garanzia, qualora le rate di premio arretrate venissero saldate nel corso della stessa annualità assicurativa, l'assicurazione è riattivata con effetto dalla data del pagamento senza dar seguito ad un nuovo periodo biennale di carenza per le patologie pregresse.
In caso di protratto mancato pagamento, la Società dilazionerà il termine di risoluzione del rapporto contrattuale di cui al 3° comma dell'art. 1901 C.C. sino ad un anno dalla data di decorrenza annuale dell'assicurazione o dal mese di applicazione dell'ultima trattenuta fermo il diritto dell'assicuratore all'esazione dei premi dovuti.
Altre modalità per il pagamento del premio possono costituire oggetto di apposito regolamento a parte.
I premi saranno pagati a Marsh e da questa versati ai Coassicuratori con le modalità e nei termini preconcordati con ciascuno di essi.
L'assicurazione decorre:
- dalle ore zero del 1° febbraio di ogni anno per i Magistrati in regola con il versamento del premio al 31 gennaio dello stesso anno;
- dalle ore 24 del giorno del versamento del premio per i neonominati :
a) del giorno della decorrenza della garanzia, per gli infortuni;
b) del trentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie manifestatesi successivamente alla data di decorrenza;
c) del 730° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie che siano l'espressione e la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnosticate o curate anteriormente alla data di decorrenza.
Relativamente ai ricoveri per parto nonché alle malattie della gravidanza e del puerperio, la garanzia opera dal trecentesimo giorno successivo alla data di decorrenza della garanzia, salvo risulti provato che la gravidanza è insorta successivamente alla suddetta data.
La garanzia si intende operante per gli infortuni avvenuti e le malattie manifestatesi successivamente alla data di decorrenza della garanzia, con esclusione delle prestazioni previste all.art. 4.5.Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio., per le quali la garanzia opera a prescindere dalla data di manifestazione della patologia e di quelle previste al punto C.7), per le quali la garanzia opera a prescindere dalla esistenza di una patologia.
La Contraente non è tenuta al pagamento dei premi relativi ad Associati che non abbiano rinnovato la loro adesione od effettuato il versamento.

C.2) Modalità di adesione

A deroga di quanto riportato all.art.1.6 .*Regolazione del premio.* si conviene tra le parti che *per ciascuna annualità il nuovo aderente/la contraente provvederà ad inviare a Marsh S.p.a. il modulo di adesione e copia della ricevuta di pagamento (ovvero delega al Ministero del Tesoro ad addebitare i premi sulle proprie competenze mensili) entro il 31 gennaio.*
Trascorso il termine del 31 gennaio potranno essere assicurati in corso d'anno i magistrati di nuova nomina a condizione che gli stessi abbiano aderito e versato il relativo premi entro 60 giorni dalla nomina.
Resta inteso che:
- se l'inclusione nella polizza avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

C.3) Limite d'età
Si conviene tra le parti che a parziale modifica di quanto riportato all'art. 2.3 delle c.g.a. .*Permanenza in assicurazione . Limiti d'età*. il limite d'età viene eliminato.
C.4) Difetti fisici preesistenti
A parziale deroga dell'art. 2.4 .*esclusioni.* la lettera e) s'intende non operante.
C.5) Lista Extraricovero
Ad integrazione dell'art. 4.4 .*Rimborso spese extraricovero*. si precisa che l'elenco tassativo ed esaustivo delle prestazioni rimborsabili e l'indicazione dei relativi massimali sono riportati nell'allegato 1 lettera B.5.
C.6) Protesi Ortopediche ed Apparecchi acustici
A parziale deroga dell'art. 4.4 .*Rimborso spese extraricovero.* il rimborso delle spese per protesi ortopediche ed apparecchi acustici s'intende non operante.
C.7) Protesi e cure dentarie da infortunio
Si intendono comprese le spese per le protesi e cure dentarie e paradentarie conseguenti ad infortunio certificato da struttura di Pronto Soccorso legalmente riconosciuta cui si sia fatto immediato ricorso.
C.8) Diagnostica preventiva
Nel limite di € 220,00 per prestazione, la Società rimborsa - per ogni anno assicurativo - le spese che ciascun assicurato sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:
per gli assicurati di sesso maschile:
- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace
- una visita urologica compresa ecografia addominale per accertamenti prostatici, esami citologici delle urine dopo i 50 anni, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia delle vie urinarie;
per gli assicurati di sesso femminile:
- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace;
- una visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale)
per tutti gli assicurati a prescindere dal sesso:
- un esame del sangue con seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT),
VES, un esame delle urine.
In caso di presa in carico diretta presso studi convenzionati con Pronto Care, secondo le modalità operative illustrate dalla Procedura Operativa *(allegato 4)* che forma parte integrante del presente contratto, la Società tiene a proprio carico per ogni anno assicurativo i costi di una visita odontoiatrica e/o di una prestazione di ablazione del tartaro.
Nel limite di € 120,00 per prestazione sono rimborsabili per ogni anno assicurativo e per ciascun figlio le spese sostenute per una visita pediatrica.
C.9) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
A parziale deroga dell'articolo 4.5 .*Visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio.,* le garanzie: .*analisi ed esami diagnostici e di laboratorio.* e .*trattamenti fisioterapici e riabilitativi.* non sono previste.
C.10) Interventi chirurgici correttivi della miopia
A parziale deroga dell'art. 4.1 .*Rimborso spese ospedaliere chirurgiche.* lettera A) e dell'art. 2.4 .*esclusioni.* - lettera f) vengono rimborsate, fino a concorrenza della somma di euro 1.300 per occhio e per anno assicurativo, le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia.
Si precisa che tale massimale si intende come sotto limite della garanzia *B.2 Intervento con ricovero, Day Hospital o ambulatoriale, parto cesareo e aborto terapeutico.*
C.11) Carenze
Si conviene tra le parti che l'assicurazione ha effetto :
-dal trentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le malattie manifestatesi successivamente alla data di decorrenza;
-dal 730° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le malattie che siano l'espressione e la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnosticate o curate anteriormente alla data di decorrenza.
Relativamente ai ricoveri per parto nonché alle malattie della gravidanza e del puerperio, la garanzia opera dal trecentesimo giorno successivo alla data di decorrenza della garanzia, salvo risulti provato che la gravidanza è insorta successivamente alla suddetta data.
In caso di passaggio dalla Convenzione ANM n. 333669330 Interventi Chirurgici ad Alta Specializzazione ed extraricovero (Opzione 1) alla Convenzione ANM n. 380808322 Rimborso spese mediche (Opzione 2), le carenze non opereranno per le garanzie già assicurate con la Convenzione ANM n. 333669330 Interventi Chirurgici ad Alta Specializzazione ed extraricovero (Opzione 1).

Lettera D) clausola broker

Tutte le comunicazioni - ad eccezione di quelle finalizzate all'ottenimento di un indennizzo . alle quali il

Contraente e gli Assicurati sono tenuti nonché le comunicazioni dagli stessi ritenute necessarie, comprese quelle previste dall.art. 8 delle presenti C.G.A., in quanto inviate per iscritto a Marsh, sede di Padova, Via San Crispino, 114 . 35129 Padova, si intendono fatte alla Società.
Anche il pagamento dei premi - quando effettuato al Broker - si intende effettuato alla Società.

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**

Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronariche	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi

Bypass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

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

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 – 54)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloroplastica e/o dilatazione del piloro	44.2	Piloroplastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea colo-stomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistotomia e colecistostomia	51	Interventi sulla colecisti e sulle vie biliari
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatica	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoade-nectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario 55 - 59 e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale

Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colposospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

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

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

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

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Italia

Per "Rete" 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 delle Generali Italia www.generali.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

Accesso ai servizi ospedalieri (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

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

La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, contattando il numero **02 / 40959628**.

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

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato, all'atto della telefonata 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

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l'assicurato trasmetta via fax allo 041 / 2598849 **la prescrizione medica con i seguenti elementi:**

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

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

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 48 ore successive** autorizza la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dalla D.lgs. n. 196/2003 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 della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

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

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

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

Accesso ai servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici/ visite specialistiche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e -in caso di visita specialistica- del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'assicurato.

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'assicurato.

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

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia gli originali 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 della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

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

NOTA

Qualora l'assicurato non attivi l'Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato Generali. 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".

ALLEGATO 4 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Procedura operativa "Pronto-Care" – Cure dentarie

Servizi erogati da Pronto-Care

- Accesso al Network e al Tariffario Pronto-Care
- Servizio di assistenza del Customer Care attraverso NUMERO VERDE
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Gestione degli appuntamenti
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzano un dentista appartenente al Network
- Controllo delle prestazioni erogate in conformità con il piano di rimborso
- Inserimento dei sinistri nel sistema informatico
- Reso della documentazione ai pazienti

Procedura

1. Per reperire il nominativo di un dentista l'Assistito può consultare l'elenco degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie specializzate aderenti al Network in Italia consultando il sito www.pronto-care.com, chiamando il **numero verde gratuito Pronto-Care 800 197 397**, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail: info@pronto-care.com**.**
   L'Assistito che desidera richiedere l'affiliazione del proprio dentista, può inviare una e-mail con i dati dello studio a: affiliazioni@pronto-care.com. L'ufficio affiliazioni Pronto-Care contatta entro 7 giorni dalla richiesta lo Studio segnalato per proporre l'adesione al network.

2. L'Assistito può contattare direttamente la struttura selezionata per fissare l'appuntamento. Entro le 24 ore precedenti la visita, l'Assistito deve notificare a Pronto-Care, tramite l'apposito form del sito (o in alternativa via e-mail, fax o telefono) le seguenti informazioni:
   - Titolare di Polizza con relativa data di nascita
   - Nome e Cognome dell'Assistito
   - Studio odontoiatrico selezionato con relativo Comune e Provincia
   - Data e orario dell'appuntamento

   Pronto-Care provvede a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.
   Nel caso in cui l'Assistito desideri che sia Pronto-Care a fissare l'appuntamento presso lo studio, può contattare Pronto-Care, attraverso l'apposito form del sito (oppure via e-mail, fax o telefono) per fornire le informazioni necessarie per l'identificazione ed esprimere le sue preferenze di date e fasce orarie. E' possibile richiedere un servizio di reminder attraverso il quale gli viene ricordata la data e l'orario della visita.

3. L'Assistito ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati. In ogni caso può fruire degli sconti previsti per tutte le prestazioni medico-sanitarie non comprese nell'elenco di cui al predetto Tariffario.

4. Lo studio odontoiatrico, prima di effettuare le prestazioni, deve contattare Pronto-Care per verificare se siano previste nel piano di rimborso.

5. Pronto-Care svolge ogni opportuna verifica e provvede tempestivamente a trasmettere all'Assistito e allo studio odontoiatrico una conferma attraverso il sito (oppure a mezzo fax, via e-mail o via posta) relativa alle prestazioni richieste dallo studio comprese nel piano di rimborso. Il documento elaborato da Pronto-Care presenta il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico dell'Assicurazione in conformità alle condizioni di polizza e la quota di scoperto a suo carico.
6. Una volta terminate le cure, lo studio odontoiatrico invia a Pronto-Care l'originale della fattura (oppure la copia, in base alle condizioni di polizza). Ogni singola prestazione è accompagnata dal relativo codice e da una breve descrizione. Pronto-Care verifica che le prestazioni eseguite e le tariffe applicate corrispondano a quelle riportate nel Tariffario e che le coperture siano corrispondenti alle condizioni di rimborso.

7. Gli Assistiti che utilizzano un dentista non appartenente al network Pronto-Care, devono far compilare l'apposito modulo di richiesta di rimborso dal medico curante ed inviarlo unitamente all'originale della fattura (o alla copia, in base alle condizioni di polizza) a:

   Pronto-Care
   Via Palestro 5/B - 22100 Como

Nel caso in cui la polizza ammetta la copia della fattura, l'Assistito può inoltrare la richiesta di rimborso online, accedendo al sito con proprie credenziali e compilando la sezione "Procedura fuori rete – Richiesta di rimborso fuori rete".

8. Effettuati gli opportuni controlli, Pronto-Care provvede ad inserire il sinistro nel sistema liquidativo. In caso contrario, Pronto-Care entro 30 giorni dalla ricezione della pratica, contatta l'Assistito/studio odontoiatrico per la notifica delle irregolarità e per richiedere, eventualmente, ulteriore documentazione.

9. Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, informa l'Assistito dell'avvenuta liquidazione attraverso una notifica via e-mail e provvede ad inviare la documentazione all'Assistito con il dettaglio della liquidazione.

ALLEGATO N. 5 **Polizza n° 380808343**

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi(1) (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.
I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi(2), saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa(3).
Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero(4). I Suoi dati non saranno diffusi.
Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.
Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com*.
Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

_____	_____	_____
(Luogo e data)	(Nome e cognome *leggibile*)	(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, 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.

GIPRY/100/05

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 n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - 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.

Mod. M85/854.B7 - 07/2017

GENERALI

Esemplare per il Contraente

Mod. X005 - ATTO DI DICHIARAZIONE N. 008

DENOMINAZIONE ROMA AFFARI SPECIALI COD. 933 VH

POLIZZA N. 380808343 MODELLO M85

CONTRAENTE CONSIGLIO DI STATO

DATA EMISSIONE 19/02/2020

Roma, 19 febbraio 2020

Con la presente appendice le parti concordano che il contratto si rinnova per due anni, fino alla scadenza del 31.01.2022.
Per l'annualità 31.01.2020 - 31.01.2021 i premi e le garanzie si intendono modificati come riportato in seguito.
Per l'annualità 31.01.2021 - 31.01.2022 i premi si intendono aumentati del 5% rispetto a quelli dell'annualità 31.01.2020 - 31.01.2021.

Pertanto a far data dal 31.01.2020 operano le seguenti variazioni:

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione -

Lettera A.2 - Premio
Il testo dell'articolo viene integralmente abrogato e sostituito dal seguente:

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:
EURO 258,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.236,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 544,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:
EURO 387,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.780,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1), per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 861,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 comprensiva dell'Opzione 1), per

ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 45 e 50 anni:
EURO 387,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.780,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1), per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 861,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 comprensiva dell'Opzione 1), per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 51 e 60 anni:
EURO 425,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.997,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 61 e 70 anni:
EURO 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 2.664,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 71 e 80 anni:
EURO 577,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 3060,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età superiore o uguale a 81 anni:
EURO 721,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 3.270,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

FIGLI AUTONOMI NON CONVIVENTI

Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età inferiore o uguale ai 36 anni:
EURO 309,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.378,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 667,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità
assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:

EURO 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.710,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.034,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età maggiore o uguale a 45 anni:

EURO 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.895,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.090,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

FIGLI CONVIVENTI

Per l'estensione delle garanzie a figlio/a di magistrato aderente, convivente con almeno uno dei genitori:

EURO 93,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a di età compresa tra 27 e 36 anni;
EURO 218,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a di età

compresa tra 27 e 36 anni;
EURO 387,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a di età compresa tra 37 e 44 anni;
EURO 1.153,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a di età compresa tra 37 e 44 anni;
EURO 387,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a con età uguale o superiore a 45 anni;
EURO 1.378,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a con età uguale o superiore a 45 anni.

Lettera C.8) Diagnostica preventiva

Nel limite di EURO 220,00 per prestazione, la Società rimborsa - per ogni anno assicurativo - le spese che ciascun assicurato sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:
per gli assicurati di sesso maschile:
- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace
- una visita urologica compresa ecografia addominale per accertamenti prostatici, esami citologici delle urine dopo i 50 anni, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia delle vie urinarie;

per gli assicurati di sesso femminile:
- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace;
- una visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale)

per tutti gli assicurati a prescindere dal sesso:
- un esame del sangue con seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, un esame delle urine.
-una visita oculistica per il controllo del visus.

In caso di presa in carico diretta presso studi convenzionati con Pronto Care, secondo le modalità operative illustrate dalla Procedura Operativa (allegato 4) che forma parte integrante del presente contratto, la Società tiene a proprio carico per ogni anno assicurativo i costi di una visita odontoiatrica e/o di una prestazione di ablazione del tartaro.
Nel limite di EURO 120,00 per prestazione sono rimborsabili per ogni anno assicurativo e per ciascun figlio le spese sostenute per una visita pediatrica.

Fermo il resto.

Il presente atto di Dichiarazione si compone di n. 5 pagine.

Generali Italia S.p.A.

Contraente/Assicurato

Generali Italia S.p.A - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 04142909; 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.

GENERALI

Esemplare per l'Agenzia

Mod. X005 - ATTO DI DICHIARAZIONE N. 008

DENOMINAZIONE ROMA AFFARI SPECIALI COD. 933 VH

POLIZZA N. 380808343 MODELLO M85

CONTRAENTE CONSIGLIO DI STATO

DATA EMISSIONE 19/02/2020

Roma, 19 febbraio 2020

Con la presente appendice le parti concordano che il contratto si rinnova per due anni, fino alla scadenza del 31.01.2022.
Per l'annualità 31.01.2020 - 31.01.2021 i premi e le garanzie si intendono modificati come riportato in seguito.
Per l'annualità 31.01.2021 - 31.01.2022 i premi si intendono aumentati del 5% rispetto a quelli dell'annualità 31.01.2020 - 31.01.2021.

Pertanto a far data dal 31.01.2020 operano le seguenti variazioni:

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione -

Lettera A.2 - Premio
Il testo dell'articolo viene integralmente abrogato e sostituito dal seguente:

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:
EURO 258,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.236,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 544,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:
EURO 387,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.780,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1), per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 861,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 comprensiva dell'Opzione 1), per

ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 45 e 50 anni:
EURO 387,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.780,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1), per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 861,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 comprensiva dell'Opzione 1), per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 51 e 60 anni:
EURO 425,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.997,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 61 e 70 anni:
EURO 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 2.664,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età compresa tra 71 e 80 anni:
EURO 577,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 3060,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

Per i Magistrati che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età superiore o uguale a 81 anni:
EURO 721,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1, per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 3.270,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'Opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato.

FIGLI AUTONOMI NON CONVIVENTI

Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età inferiore o uguale ai 36 anni:
EURO 309,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.378,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 667,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità
assicurativa hanno un'età compresa tra 37 e 44 anni:

EURO 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.710,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.034,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

Per i figli di Magistrato aderente, non conviventi con alcuno dei genitori che al 1° febbraio dell'annualità assicurativa hanno un'età maggiore o uguale a 45 anni:

EURO 464,00 per le garanzie di cui all'Opzione 1 per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.895,00 per le garanzie di cui all'Opzione 2 (comprensiva dell'opzione 1) per ogni nucleo familiare assicurato;
EURO 1.090,00 per le garanzie di cui all' Opzione 2 (comprensiva dell'opz. 1) per ogni Magistrato il cui nucleo familiare sia costituito unicamente dallo stesso figlio di magistrato ovvero da quest'ultimo e da familiari non identificabili con quelli individuati nella precedente lettera A.1 dell'allegato 1.

FIGLI CONVIVENTI

Per l'estensione delle garanzie a figlio/a di magistrato aderente, convivente con almeno uno dei genitori:

EURO 93,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a di età compresa tra 27 e 36 anni;
EURO 218,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a di età

compresa tra 27 e 36 anni;
EURO 387,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a di età compresa tra 37 e 44 anni;
EURO 1.153,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a di età compresa tra 37 e 44 anni;
EURO 387,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 1 a figlio/a con età uguale o superiore a 45 anni;
EURO 1.378,00 per l'estensione delle garanzie di cui all'Opzione 2 a figlio/a con età uguale o superiore a 45 anni.

Lettera C.8) Diagnostica preventiva
Nel limite di EURO 220,00 per prestazione, la Società rimborsa - per ogni anno assicurativo - le spese che ciascun assicurato sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:
per gli assicurati di sesso maschile:
- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace
- una visita urologica compresa ecografia addominale per accertamenti prostatici, esami citologici delle urine dopo i 50 anni, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia delle vie urinarie;
per gli assicurati di sesso femminile:
- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace;
- una visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale)
per tutti gli assicurati a prescindere dal sesso:
- un esame del sangue con seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, un esame delle urine.
-una visita oculistica per il controllo del visus.
In caso di presa in carico diretta presso studi convenzionati con Pronto Care, secondo le modalità operative illustrate dalla Procedura Operativa (allegato 4) che forma parte integrante del presente contratto, la Società tiene a proprio carico per ogni anno assicurativo i costi di una visita odontoiatrica e/o di una prestazione di ablazione del tartaro.
Nel limite di EURO 120,00 per prestazione sono rimborsabili per ogni anno assicurativo e per ciascun figlio le spese sostenute per una visita pediatrica.

Fermo il resto.

Il presente atto di Dichiarazione si compone di n. 5 pagine.

Generali Italia S.p.A.

Contraente/Assicurato

Generali Italia S.p.A - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 04142909; 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.