



Generali Italia S.p.A.

Polizza n. 420155461

Codice Cliente: 11495799

Agenzia Generale di

FROSINONE (178)

VIA PIERO GOBETTI, 13, 03100, FROSINONE,
FR

agenzia.frosinone.it@generali.com

frosinone@pec.agenzie.generali.com

tel. 0775-250247



immaginabenessere

IMMAGINA VIVI RAGGIUNGI



Immagina Benessere

La soluzione assicurativa infortuni e malattie rivolta alla persona e alla famiglia.

Il presente Set Informativo è composto da:

- Documento Informativo Precontrattuale - DIP
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - DIP Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione, comprensive delle Definizioni

Un contratto semplice e chiaro:

Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico “Contratti Semplici e Chiari” coordinato dall’ANIA.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Assicurazione per la copertura dai rischi infortuni e malattie

Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: "IMMAGINA BENESSERE"



Generali Italia S.p.A. - 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: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta in Italia 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.

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

Che tipo di assicurazione è?

È la soluzione Infortuni/Malattie rivolta alla persona e alla famiglia per gli infortuni e/o le malattie che possono accadere in casa, al lavoro e nel tempo libero.



Che cosa è assicurato?

Dedicato a te **Prevenzione e assistenza**: prevede dei servizi che vengono erogati su richiesta dell'Assicurato (es. Consulenza medica generica, Guida sanitaria, MyClinic, ecc.). Sono inoltre previsti servizi opzionali dedicati a particolari ambiti, famiglia. Sport, viaggi, senior, professionisti/imprenditori.

In autonomia: sono assicurate le conseguenze di infortuni o malattie che possono limitare la tua capacità di provvedere a te stesso e alla tua famiglia.

Puoi scegliere tra le seguenti coperture:

- ✓ Invalidità permanente da infortunio (infortuni);
- ✓ Invalidità permanente da malattia o da ictus o infarto (malattie);
- ✓ Rendita vitalizia per invalidità grave da infortunio e/o malattia.

In attività: sono assicurate le conseguenze di infortuni o malattie che possono limitare temporaneamente la tua capacità di svolgere qualsiasi attività.

Puoi scegliere tra:

- ✓ Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza (infortuni/malattie);
- ✓ Inabilità temporanea o pronto indennizzo (infortuni);
- ✓ Indennità giornaliera per immobilizzazione (infortuni);
- ✓ Rimborso spese sanitarie (infortuni);
- ✓ Rimborso spese pre e post ricovero o intervento chirurgico (malattie);
- ✓ Grandi interventi e malattie oncologiche;
- ✓ Indennizzo forfettario per intervento chirurgico (malattie);
- ✓ Perdita dell'impiego.

In continuità: assicura il caso di morte conseguente da infortunio.

Dedicato a te **Personalizzato**: consente di personalizzare la soluzione scelta e di aggiungere il rimborso delle spese legali che tu abbia dovuto sostenere.



Che cosa non è assicurato?

Gli infortuni derivanti da:

- ✗ Stato di ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti e allucinogene;
- ✗ Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore senza abilitazione a norma di legge;
- ✗ Guida di aeromobili in genere;
- ✗ Trasporto come passeggero su aeromobili per voli diversi dal trasporto pubblico, su aeromobili di aeroclub o su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ✗ Attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore;
- ✗ Uso di mezzi subacquei;
- ✗ Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ Arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ Guerra e insurrezione;
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ Direttamente o indirettamente, da contaminazioni chimiche o biologiche, da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ✗ Pratica di qualsiasi attività sportiva professionale;
- ✗ Pratica di attività sportive identificate a qualunque titolo praticate;
- ✗ Uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti a sport motoristici;
- ✗ Uso di natanti a motore durante corse, gare o regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;
- ✗ Partecipazione a competizioni organizzate da Federazioni sportive o Enti sportivi riconosciuti dal CONI.

Sono inoltre escluse le ernie addominali da causa violenta antecedenti alla stipula della polizza.

Le malattie/invalidità permanenti derivanti da:

- ✗ Stati invalidanti e/o patologici, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- ✗ Visite, accertamenti ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni;
- ✗ Visite, accertamenti ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ✗ Malattie mentali, disturbi psichici e comportamenti nevrotici;
- ✗ Abuso di alcoolici od uso di allucinogeni, psicofarmaci e stupefacenti;
- ✗ Trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ✗ Guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- ✗ Contaminazioni chimiche o biologiche;
- ✗ Interventi di chirurgia plastica a scopo estetico;
- ✗ Interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità; le prestazioni e le terapie con finalità dietologica.

La Perdita dell'impiego è esclusa se:

- ✗ Alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione;
- ✗ La disoccupazione è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, di licenziamento disciplinare o risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza precedente;
- ✗ La disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- ✗ La disoccupazione è un evento programmato (rapporto a tempo determinato, stagionale, temporaneo, a progetto o per scadenza di un termine);
- ✗ L'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- ✗ L'Assicurato non si è iscritto alle lista anagrafiche di disoccupazione;
- ✗ La disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporto;
- ✗ La disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti (anche ascendenti e discendenti).

La tutela legale è esclusa per:

- ✗ Sinistri che derivano da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- ✗ Danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- ✗ Controversie di natura contrattuale;
- ✗ Controversie nei confronti di enti o assicurazioni previdenziali o assistenziali;
- ✗ Vertenze con imprese di assicurazione.

Inoltre se l'infortunio o la malattia deriva da un evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, la tutela legale è esclusa se:

- ✗ L'Assicurato non è munito di patente valida e regolare;
- ✗ Al momento del sinistro, il veicolo non risulta coperto da una polizza di assicurazione di responsabilità civile valida;
- ✗ L'Assicurato è imputato per guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o è imputato per reato di fuga o di omissione di soccorso.

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



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede dei limiti entro i quali vengono erogati i servizi e l'applicazione di franchigie (intendendosi per franchigia la percentuale di invalidità permanente o il numero di giorni di ricovero o di inabilità, al di sotto dei quali non viene corrisposto l'indennizzo o viene corrisposto in parte). Sono inoltre previsti dei limiti per alcune delle spese relative alle vertenze assicurate con la garanzia per tutela legale.

Le franchigie, gli scoperti, le carenze e le cause di sospensione sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere grassetto.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione infortuni e l'assicurazione malattie valgono in tutto il mondo. L'assicurazione di tutela legale vale per i sinistri che avvengono in Europa. I servizi di assistenza valgono in parte solo in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino ed in parte in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Inoltre, se scegli anche la copertura malattie, devi informare Generali Italia sul tuo stato di salute compilando e sottoscrivendo un questionario medico.

In caso di infortunio, è necessario che sia presentata la relativa denuncia a Generali Italia entro dieci giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Per le coperture malattie la denuncia deve essere presentata entro quindici giorni dalla diagnosi per le invalidità permanenti da malattie e da ictus o infarto o da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza, o entro quindici giorni dall'avvenuta dimissione per l'indennità giornaliera da ricovero. In tutti gli altri casi la denuncia deve essere presentata entro tre giorni da quando è avvenuto il sinistro.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, la mancata o tardiva denuncia di sinistro, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto.



Quando e come devo pagare?

Il primo premio o la prima rata di premio devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Generali Italia al rilascio della polizza; i premi successivi o le rate di premio successive devono essere pagati con le stesse modalità, entro il quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Puoi chiedere il frazionamento semestrale con una maggiorazione del premio del 2,5%, trimestrale con una maggiorazione del 3,5% o mensile. In tal caso le rate devono essere pagate alle scadenze semestrali/trimestrali/mensili pattuite.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti previsti dalla legge (750,00 euro). Il premio è comprensivo di imposte.

Il premio e le somme assicurate delle coperture infortuni vengono aumentate ogni anno di una percentuale fissa. Il premio delle coperture malattie viene aggiornato ogni anno in base all'età raggiunta dall'Assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura dura un anno dalla data di sottoscrizione della polizza, ha effetto dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione e, in mancanza di disdetta, è prorogata per un anno e così successivamente.

Se hai sottoscritto una copertura di durata poliennale, a fronte della quale hai avuto una riduzione del premio, hai facoltà di recedere dal contratto solo dopo che sia trascorso almeno un quinquennio. Se hai stipulato la polizza per una durata inferiore all'anno il periodo di assicurazione coincide con la durata del contratto.



Come posso disdire la polizza?

In generale, per disdire la polizza, devi inviare una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata all'Agenzia cui è assegnato il contratto o a Generali Italia.

Nello specifico, puoi recedere dal contratto al termine di ciascuna annualità di durata dello stesso o al termine del quinquennio, qualora sia stata sottoscritta una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio, inviando la disdetta almeno 60 giorni prima del termine rispettivamente previsto.

Infine, solo per le coperture infortuni, hai facoltà di recedere anche dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo comunicandolo con lettera raccomandata spedita entro il suddetto termine.

Assicurazione per la copertura dai rischi infortuni e malattie

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

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: IMMAGINA BENESSERE

Edizione: 03.2020



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

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

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

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

Patrimonio netto al 31/12/2018: € 10.911.136.059,00 di cui € 1.618.628.450,00 relativi al capitale sociale e € 8.697.146.384,00 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.generali.it.

Requisito patrimoniale di solvibilità: € 7.508.422.000,00

Requisito patrimoniale minimo: € 2.803.124.000,00

Fondi propri ammissibili: € 16.322.389.000,00

Indice di solvibilità (solvency ratio): 257% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO

Costituisce opzione con riduzione del premio la possibilità di stipulare un contratto di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio del 5% rispetto alla tariffa.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Con il pagamento di premi aggiuntivi è possibile personalizzare ulteriormente l'offerta, selezionando fra combinazioni di garanzie assicurative dedicate ad ambiti specifici quali:

Famiglia

- Maggiorazione indennizzo per decesso
- Indennità perdita anno scolastico
- Maggiorazione in caso di ricovero contemporaneo di entrambi i genitori
- Indennità per stato di coma
- Assistenza famiglia

Professionista / Imprenditore

- Responsabilità civile Contraente
- Indennità aggiuntiva in caso di frattura
- Rimborso spese per adeguamento abitazione/auto/studio da grave infortunio
- Protezione speciale per atti criminosi

- Indennità per estinzione del mutuo o finanziamento destinati all'acquisto dei locali dell'attività
- Pronto indennizzo con scaglioni successivo al primo a 30 giorni
- Assistenza professionista/imprenditore

Senior

- Indennità per diagnosi di parkinson/alzheimer/SLA
- Indennità aggiuntiva per rottura femore/bacino/anca
- Assistenza senior

Sportivo

- Estensione per attività sportive non professionali (sport pericolosi)
- Estensione per attività sportive non professionali con indennizzo ridotto
- Estensione per attività sportive non professionali con indennizzo al 100%
- Estensione alle immersioni con autorespiratore
- Assistenza sportivo

Viaggiatore

- Estensione malattie tropicali
- Assistenza viaggiatore



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Per le garanzie **Infortuni**:

- Per le ernie addominali da causa violenta (che ai fini della polizza sono considerate infortunio), se l'ernia risulta operabile viene corrisposta un'indennità giornaliera da ricovero per intervento chirurgico pari a 1/1000 della somma assicurata per Invalidità permanente con il massimo di 150,00 euro al giorno e un'indennità forfettaria di convalescenza post intervento di 500,00 euro. Se l'ernia non è tecnicamente operabile viene corrisposta un'indennità forfettaria a titolo di Invalidità permanente non superiore al 10% della relativa somma assicurata – ferma l'applicazione della franchigia per invalidità permanente prevista in polizza.
- L'indennizzo per Invalidità permanente viene determinato applicando la franchigia pattuita ed indicata in polizza.
- L'Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave viene erogata se l'invalidità permanente è pari almeno al 66%.
- La garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio prevede il rimborso delle spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione; i trattamenti fisioterapici e rieducativi (previsti da questa garanzia) vengono rimborsati se effettuati nei 180 giorni successivi al ricovero nei limiti del 30% della somma assicurata con il massimo di 3.500,00 euro. In assenza di ricovero vengono rimborsate le spese sostenute nei 120 giorni successivi all'infortunio; i trattamenti fisioterapici e rieducativi vengono rimborsati se sostenuti nei 120 giorni successivi all'infortunio e nei limiti del 20% della somma assicurata con il massimo di 2.500,00 euro. In assenza di ricovero al rimborso si applica una franchigia di 100,00 euro. In caso di ricovero presso un ospedale pubblico con almeno 2 pernottamenti, se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di 50,00 euro per ciascun giorno di ricovero, con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo.
- La garanzia Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento prevede il rimborso delle spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni; il rimborso delle spese sostenute per esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. In ogni caso le spese sostenute per le suddette prestazioni sono indennizzate previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro sull'ammontare delle spese indennizzabili.
- L'indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio viene erogata al 100% per ciascun giorno di incapacità totale dell'Assicurato e al 50% per ciascun giorno di incapacità parziale. L'indennizzo è calcolato applicando una franchigia pattuita di 10 giorni o di 7 giorni per importi assicurati fino a 50,00 euro e di 15 giorni per eventuali importi assicurati eccedenti 50,00 euro; in caso di ricovero di almeno 3 giorni la franchigia di 7 giorni fino a 50,00 euro di somma assicurata non viene applicata.

- La garanzia Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio prevede per ogni periodo di inabilità temporanea di 90 o 60 giorni consecutivi (sulla base dell'opzione indicata in polizza) un indennizzo pari ad 1/4 (se l'opzione scelta è 90 giorni) o 1/6 (se l'opzione scelta è 60 giorni) della somma assicurata fino al massimo di 360 giorni.
- L'Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio viene erogata per un massimo di 60 giorni.
- L'Indennità giornaliera da ricovero viene corrisposta per un massimo di 360 giorni e in caso di day hospital viene corrisposta al 50%. L'importo dell'indennità non può superare il limite di euro 350,00 giornalieri. A seguito di ricovero viene corrisposta anche l'Indennità giornaliera per la convalescenza domiciliare a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.
- L'Indennità aggiuntiva riservata ai contraenti di polizze incendio Generali si attiva a seguito di invalidità totale definitiva ed è pari alla somma dovuta per l'estinzione del mutuo col massimo di 50.000,00 euro.
- L'Indennità speciale "Salvaguardia piani di investimento" eleva il massimo indennizzo dell'invalidità permanente fino a euro 100.000,00 in caso di incapacità totale e permanente a svolgere l'attività lavorativa. Prevede un indennizzo per il pagamento della polizza vita in caso di inabilità temporanea totale da infortunio superiore a 90 gg e un indennizzo per ingessatura/tutore da infortunio che comporti incapacità totale a svolgere la professione pari ad 1.000,00 euro per periodo di ingessatura superiore o uguale a 40 gg, pari a 500,00 euro per periodo compreso tra 30 e 39 giorni.
- È prevista una riduzione dell'indennizzo se l'Assicurato subisce l'infortunio durante lo svolgimento di un'attività professionale diversa da quella dichiarata; la riduzione dipende dall'attività svolta dall'Assicurato.

Per le garanzie **Malattie**:

- L'indennizzo per Invalidità permanente da malattia viene calcolato applicando una franchigia del 24% o del 79%.
- L'indennizzo per Invalidità permanente da ictus o infarto viene calcolato applicando una franchigia del 24%.
- L'Indennità giornaliera di ricovero viene erogata per un massimo di 360 giorni per annualità assicurativa. L'Indennità giornaliera per convalescenza viene erogata solo a seguito di un ricovero minimo di 10 giorni: per i primi 5 giorni al 50%, per i successivi al 100% e per un periodo massimo di 60 giorni.
- La rendita vitalizia da malattia prevede la costituzione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia rivalutabile di importo annuo pari alla somma indicata in polizza, mediante stipulazione di apposita polizza vita con Generali Italia in caso di malattia indennizzabile per la quale viene accertato un grado di invalidità permanente pari o superiore all'80%.
- Nell'ambito della garanzia Grandi interventi e malattie oncologiche sono riconosciute le spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero e nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o alla dimissione dal ricovero; l'assistenza infermieristica professionale è prestata a domicilio nei 45 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di 4.000,00 euro; il trasporto dell'Assicurato è garantito fino ad un massimo di 5.000,00 euro per intervento o ricovero; le spese per il vitto ed il pernottamento dell'accompagnatore sono garantite con il limite di 150,00 euro giornalieri per massimo 100 giorni; le spese di trasporto dell'accompagnatore sono garantite fino a 2.500,00 euro per ciascun intervento o ricovero; sono comprese le terapie oncologiche non chirurgiche effettuate entro 2 anni dalla prima diagnosi.

Per le garanzie **Assistenza**

Le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.A.; ciascuna prestazione può essere erogata per un massimo di 3 volte per annualità assicurativa.

Per la garanzia **Perdita dell'impiego**:

L'indennizzo mensile viene corrisposto per ogni mese di disoccupazione con il massimo di 12 mesi per sinistro.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

	Denuncia di sinistro: deve essere fatta per iscritto, corredata da certificato medico, entro 3 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza o ne ha la possibilità, ai sensi dell'art 1913 del Codice Civile. Per le garanzie Infortuni la denuncia di sinistro deve essere fatta per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi, con indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, entro 10 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza o possibilità. Per la garanzia Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, se operante, la denuncia dell'intervento o del ricovero deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione presentando necessaria documentazione medica, inclusa cartella clinica completa in copia conforme all'originale, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia S.p.A. e a indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo. Si precisa che per le garanzie Malattie l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide: • con la data di manifestazione della malattia per quanto attiene alle garanzie "Invalidità permanente da malattia" e "Invalidità permanente da ictus e infarto"; • con la data di inizio del ricovero per quanto attiene alla garanzia "Indennità giornaliera di ricovero"; • la denuncia del sinistro deve avvenire entro 15 giorni dalla diagnosi clinica della malattia che possa comportare – secondo parere medico – un'invalidità permanente o da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile per le garanzie Invalidità permanente da malattia e Invalidità permanente da ictus e infarto e entro 15 giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di cura per la garanzia Indennità giornaliera di ricovero; • Generali Italia S.p.A. può richiedere la visita medica in caso di sinistro; • se operanti le garanzie "Invalidità permanente da malattia" e/o "Invalidità permanente da ictus e infarto" la percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla denuncia e non oltre 18 mesi dalla stessa. Per la garanzia Tutela Legale l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di accadimento del fatto che, nella denuncia penale ovvero nella domanda civilistica, si asserisce essere illecito e la denuncia del sinistro deve avvenire entro 3 giorni dalla data in cui esso è avvenuto o dal giorno in cui ne è venuto a conoscenza. Tale termine è elevato a 6 giorni se il sinistro è avvenuto all'estero. Per le garanzie Assistenza l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il singolo fatto o avvenimento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e la denuncia del sinistro deve avvenire con le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni di assicurazione. Per la garanzia Perdita dell'impiego la denuncia deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dell'Assicurato non appena ne abbia la possibilità. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire a Generali Italia di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari e ad autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire le informazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni previste. Assistenza diretta / in convenzione: l'Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero, di intervento o fisioterapiche, 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 alle Condizioni di assicurazione. L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it. Gestione da parte di altre imprese: per la garanzia Tutela Legale si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a DAS – Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nelle Condizioni di Assicurazione. Per la garanzia Assistenza si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nelle Condizioni di Assicurazione Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio (che si prescrive in un anno dalle singole scadenze) 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. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione giudiziaria per richiedere il risarcimento
Dichiarazioni inesatte o reticenze	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, Generali Italia S.p.A. provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione. L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, in caso di esercizio del diritto di ripensamento da parte del Contraente, Generali Italia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa il premio versato, al netto delle imposte. Il Contraente ha diritto al rimborso del rateo di premio pagato e non dovuto, al netto delle imposte, nel caso di recesso per sinistro effettuato in base alle Condizioni di assicurazione ed entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto con richiesta scritta da inviare all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o a Generali Italia tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

IMMAGINA Benessere è rivolto a singoli individui o a famiglie contro i rischi da malattia e/o infortunio che possono accadere in casa, al lavoro e nel tempo libero. Sono inoltre assicurabili persone in rapporto di lavoro con microimprese fino ad un massimo di 15 persone per contratto.



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 20.2% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a: Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com . La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.
All'IVASS	Se chi fa reclamo non si ritiene soddisfatto dall'esito o non riceve riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, allegando all'esposto la documentazione relativa al reclamo trattato da Generali Italia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore che devono essere presentati direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato: - nome, cognome e domicilio di chi fa reclamo, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di reclamo; - copia del reclamo presentato a Generali Italia e dell'eventuale riscontro ricevuto; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Il modulo per presentare il reclamo a 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 RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

Mediazione	Nei casi in cui sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, 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 di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a: Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 - 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com . Gli organismi di mediazione sono consultabili nel sito www.giustizia.it tenuta dal Ministero della Giustizia
Negoziazione assistita	In ogni caso è possibile rivolgersi in alternativa 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.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversia di natura medica relativamente alle garanzie Infortuni e Malattie si può ricorrere alla perizia contrattuale. L'istanza di attivazione della perizia dovrà essere indirizzata a: Generali Italia S.p.A. - Via Marocchesa 14 - 31021 - Mogliano Veneto (TV) - e-mail: generalitalia@pec.generaligroup.com Per la garanzia Tutela Legale in caso di disaccordo tra l'Assicurato e DAS relativamente all'opportunità di ricorrere al procedimento giudiziario e alla successiva gestione della vertenza, la decisione è demandata a un arbitro. In tal caso l'istanza di attivazione dell'arbitrato nei confronti di DAS dovrà essere effettuata con lettera raccomandata indirizzata a: DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. Via Enrico Fermi 9/B - 37135 Verona - Fax (045) 8351025 - posta elettronica certificata: servizio.clienti@pec.das.it Per la altre garanzie non è previsto l'arbitrato in caso di disaccordo tra l'Assicurato e Generali Italia S.p.A.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le Condizioni di assicurazione contengono:

1. Definizioni
2. Che cosa è assicurato
3. Garanzie
4. Che cosa non è assicurato
5. Con quali condizioni operative assicuriamo
6. Tabella riassuntiva di limiti, scoperti e/o franchigie
7. Cosa fare in caso di sinistro

1. DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	Persona residente in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano a favore della quale è prestata l'assicurazione
Atto terroristico	Atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte
Beneficiario	Persona fisica o giuridica alla quale Generali Italia deve pagare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato
Centrale Operativa Medica	Struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione
Day Hospital	Degenza senza intervento chirurgico in istituto di cura a regime solo diurno, documentata da cartella clinica
Day Surgery	Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica
Difetto fisico	Mancanza o imperfezione (genetica e non) non presenti alla nascita, di un organo e/o di un apparato e/o di una funzione anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza. Per esempio sono considerati difetti fisici: alluce valgo, dito a martello, piede piatto, vizi di rifrazione, deviazione del setto nasale, ginocchia vare e/o valghe, cheratocono, scoliosi
Franchigia	Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali per le invalidità, in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese
Frattura	Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti
Grande Intervento Chirurgico	Ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco
Inabilità temporanea	Perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle proprie occupazioni professionali
Indennizzo	Somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro

Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o una inabilità temporanea
Intervento chirurgico	Atto medico, con finalità terapeutica o diagnostica, eseguito con qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, a fini terapeutici, incidendo la cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche con l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento di chirurgia effettuato senza degenza da medico chirurgo in istituto di cura, centro medico o studio medico chirurgico e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento. Può comportare anche biopsia, diatermocoagulazione, crioterapia, endoscopia con biopsia, laserterapia operativa, infiltrazioni articolari, ago aspirato
Invalidità permanente	Perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura (convenzionata con SSN o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzato in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero e all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna e dotato di attrezzature per il pernottamento dei pazienti e per le terapie di stati patologici mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato. Non sono considerati istituti di cura le case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e ospizi per anziani, gli hospice, gli stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, le cliniche con finalità dietologiche ed estetiche, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili
Lettera di impegno	Documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero, all'intervento chirurgico o alla prestazione diagnostica extraricovero e con riferimento alle Condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini in fase metastatica e le recidive
Malformazione	Ogni alterazione fisica e/o psichica (genetica e non) sviluppatasi durante la vita intrauterina
Medico convenzionato	Capo équipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con Generali Italia. Se il primo medico operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera équipe è ritenuta non convenzionata. Se il capo équipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'équipe rispettino le norme e le tariffe di convenzione. In caso contrario l'intera équipe sarà considerata non convenzionata
Nucleo Familiare	Insieme delle persone che risultano dal certificato di stato di famiglia del Contraente, compresi i conviventi di fatto e le parti dell'unione civile ¹
Pagamento a rimborso	Liquidazione a rimborso che Generali Italia effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto

(1) Art. 1 comma 20 Legge n. 76/2016

Pagamento diretto	Servizio di liquidazione che Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative a ricoveri, interventi chirurgici o prestazioni diagnostiche extraricovero indennizzabili a termini di contratto
Pagamento misto	Liquidazione che Generali Italia effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto, parte con pagamento diretto alle strutture Mediche Convenzionate e parte con pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati
Premio	Somma dovuta dal Contraente a Generali Italia a fronte della stipula dell'assicurazione
Pronto soccorso	Struttura che garantisce solo il trattamento delle emergenze-urgenze, ovvero di quelle condizioni patologiche spontanee o traumatiche, che richiedono immediati interventi diagnostici e terapeutici
Protesi	Dispositivo anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente
Questionario medico	Documento con le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto da lui stesso o da chi esercita la potestà, che è parte integrante della polizza operare correttamente
Ricovero	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
Rischio	Probabilità del verificarsi del sinistro
Scoperto	Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo
Sinistro	Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione
Strutture mediche convenzionate	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 da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da medico o da professionista con laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili in base alla copertura assicurativa. Sono escluse tutte le prestazioni finalizzate a trattare problematiche di natura estetica, e quelle eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avviene nell'ambito della medicina estetica
Visita specialistica	La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui la specializzazione è inerente

Definizioni specifiche valide per le Garanzie Assistenza

Struttura organizzativa	EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8, Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia
--------------------------------	---

Prestazioni

Le prestazioni di assistenza offerte agli assicurati nelle situazioni di difficoltà previste dal contratto determinate da imprevisti. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura organizzativa che agisce in nome e per conto di Generali Italia

2. CHE COSA E' ASSICURATO

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Questo contratto di assicurazione presta le garanzie specificamente concordate e indicate in polizza relativamente ai rischi di Infortuni, Malattie, i servizi di Assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti e la Tutela legale.

Le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo, le franchigie e gli scoperti sono riportati in polizza.

2.2 ASSICURAZIONE INFORTUNI

Che cosa è assicurato

Si definisce infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sono in copertura tutti gli eventi che hanno caratteristica di infortunio, non espressamente esclusi, compresi:

- gli infortuni causati da imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (colpa grave dell'Assicurato);
- le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni subiti in stato di malore, incoscienza o vertigini;
- gli infortuni che l'Assicurato subisce, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque esercitati;
- gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche e inondazioni, salvo il caso in cui l'Assicurato è vittima di tali eventi nel comune di residenza.

Nell'ambito di operatività della copertura sono inoltre assimilati ad infortunio:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze se dovute a causa fortuita;
- d) l'asfissia di origine non morbosa;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, escluse in ogni caso le malattie;
- g) le ustioni provocate da animali o da vegetali, gli avvelenamenti causati da morsi di animali e le punture di insetti, esclusa comunque la malaria;
- h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari per la cura delle lesioni derivanti da infortuni indennizzabili in base alla copertura assicurativa;

Sono comprese in copertura, se conseguenti ad infortunio:

- le lesioni muscolari, esclusi gli infarti;
- le ernie addominali da causa violenta manifestatesi successivamente alla stipula della polizza. Per le ernie addominali da causa violenta Generali Italia corrisponde esclusivamente un'indennità giornaliera da ricovero per l'intervento chirurgico (valida anche in caso di day hospital), pari a 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente e un'indennità forfettaria di convalescenza post-intervento di 500,00 euro. Se l'ernia è tecnicamente non operabile, viene liquidata un'indennità per invalidità permanente non superiore al 10% della relativa somma assicurata, ferma l'applicazione delle franchigie di polizza.

Non sono comprese in copertura:

- le rotture sottocutanee di tendini non traumatiche;
- le ernie discali;
- tutti i tipi di ernie diversi da quelle addominali da causa violenta o comunque manifestatesi antecedentemente alla stipula della polizza.

Ci sono limiti di copertura

In caso di ernie addominali da causa violenta l'indennità giornaliera da ricovero per l'intervento chirurgico viene riconosciuta **con il limite di 150,00 euro**.

2.3. ASSICURAZIONE MALATTIE

Che cosa è assicurato

Si intende per malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

3. GARANZIE

DEDICATO A TE - PREVENZIONE E ASSISTENZA

3.1. ASSISTENZA

CHE COSA E' ASSICURATO

Assistenza START

- **Consulenza medica generica**

Che cosa è assicurato

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

In considerazione delle modalità di erogazione, la prestazione è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato e non vale come diagnosi, pertanto si ricorda che per una corretta valutazione dello stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

- **Invio di un medico generico al domicilio**

Che cosa è assicurato

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

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

Ci sono limiti di copertura

La prestazione opera nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8 e nei giorni festivi.

- **Guida sanitaria**

Che cosa è assicurato

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

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

Ci sono limiti di copertura

La prestazione opera dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

- **Trasporto in autoambulanza**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia accertati dalla Struttura Organizzativa, ha bisogno di essere trasportato con autoambulanza all'istituto di cura più vicino, questa è inviata a spese della Struttura Organizzativa stessa. Se l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, è di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa segnala comunque a queste ultime per facilitare la richiesta di assistenza.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

- **Trasporto dal pronto soccorso**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di un trasporto in autoambulanza dopo l'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvede ad inviarla direttamente.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa nel limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata e ritorno).

• Trasferimento in istituto di cura specialistico

Che cosa è assicurato

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

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

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Che cosa non è assicurato

Non danno luogo alla prestazione i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative e quelli in cui il trasporto implica la violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

• Rientro dall'istituto di cura

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero per infortunio o malattia, non è in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza di un medico o di un paramedico.

Ci sono limiti di copertura

La prestazione vale ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato.

• Invio di un fisioterapista al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio, ha bisogno dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al suo domicilio un fisioterapista.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per la prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di 10 sedute per sinistro.

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

• Invio di una collaboratrice familiare

Che cosa è assicurato

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

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 10 ore per sinistro, usufruibili in non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla

Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

- **Assistenza domiciliare integrata post ricovero**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che ha comportato un ricovero, ha bisogno di proseguire il ricovero in forma domiciliare come prescritto dal proprio medico curante, può contattare la Struttura Organizzativa. Accertata la necessità della prestazione, le modalità per l'accesso e l'erogazione del servizio, sono definite dai medici della Struttura Organizzativa, in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, con l'intervento di proprio personale medico o paramedico.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

La prestazione è erogata per un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili.

- **Second opinion internazionale**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica può contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offre la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui ha bisogno e l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, effettuano un primo esame, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, e raccolgono la documentazione clinica e diagnostica necessaria per elaborare i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti. Tutti i dati clinici, sono trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta. La risposta viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmette all'Assicurato, aiutandolo se serve, ad interpretarla.

- **Prestazioni MY CLINIC**

MY CLINIC è la piattaforma tecnologica attraverso la quale la Struttura Organizzativa eroga, in caso di infortunio o malattia, prestazioni digitali di assistenza medica a distanza.

Le prestazioni MY CLINIC possono essere utilizzate accedendo alla propria area personale MY GENERALI (sito internet o app).

Per utilizzare le prestazioni è necessario accettare le condizioni d'uso della piattaforma MY CLINIC.

- **Autovalutazione dei sintomi (Virtual checkup)**

Che cosa è assicurato

Nell'apposita sezione Servizi MyClinic l'Assicurato può in totale autonomia usufruire di un programma di auto valutazione che lo aiuta a comprendere i propri sintomi e gli indica le probabili cause e i possibili comportamenti da tenere.

In considerazione delle modalità di erogazione, la prestazione è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato e non vale come diagnosi, pertanto si ricorda che per una corretta valutazione dello stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

- **Video consulto medico**

Che cosa è assicurato

Nell'apposita sezione Servizi MyClinic l'Assicurato può richiedere:

- Consulto medico generico 24 ore su 24 con i medici della Struttura Organizzativa, con chiamata vocale o videochiamata.
- Consulto specialistico con i medici specialisti della Struttura Organizzativa (ortopedico, pediatra, cardiologo, ginecologo, nutrizionista) sempre con chiamata vocale.

In considerazione delle modalità di erogazione, la prestazione è fornita sulla base delle indicazioni fornite dall'Assicurato e non vale come diagnosi, pertanto si ricorda che per una corretta valutazione dello stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

Ci sono limiti di copertura

Per il Consulto medico generico l'Assicurato ha a disposizione 10 consulti complessivi.

Per il Consulto specialistico l'Assicurato ha a disposizione 10 consulti complessivi.

- Cartella clinica on line

Che cosa è assicurato

Nell'apposita sezione Servizi MyClinic l'Assicurato può archiviare tutti i dati sulla propria salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti e accedervi autonomamente in qualunque momento.

L'Assicurato può inoltre condividere i propri dati con il medico durante il consulto.

In caso di necessità, l'Assicurato ha la possibilità di tradurre i dati medici caricati automaticamente nelle lingue disponibili.

Assistenza PROFESSIONISTA/ IMPRENDITORE

Per il professionista/imprenditore

• Supporto psicologico

Che cosa è assicurato

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

Ci sono limiti di copertura

Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 6 sedute e con il limite di 1.000,00 euro.

• Invio di una baby sitter al domicilio

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che comporta un ricovero superiore a 3 giorni, non può accudire il bambino minore di 13 anni, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di 10 ore per sinistro, usufruibili per non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby sitter inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

• Invio di una collaboratrice familiare

Che cosa è assicurato

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

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 10 ore per sinistro, per non più di 5 giorni.

Eventuali eccedenze sono regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

• Invio di un infermiere al domicilio

Che cosa è assicurato

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

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 15 ore per sinistro.

Per lo studio professionale

- **Invio di un fabbro per interventi di emergenza**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha bisogno di un fabbro per furto o tentato furto, smarrimento o rottura delle chiavi, guasto della serratura, che rendono impossibile l'accesso allo studio professionale o che hanno compromesso la funzionalità della porta d'ingresso in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali, la Struttura Organizzativa invia un fabbro, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per l'uscita e la manodopera sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 500,00 euro per sinistro.

I costi per il materiale necessario per la riparazione sono a carico dell'Assicurato.

- **Invio di un idraulico per interventi di emergenza**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha bisogno di un idraulico a seguito di allagamento, infiltrazione, mancanza d'acqua o mancato scarico delle acque nere dovuto a rottura, otturazione, guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico, la Struttura Organizzativa invia un idraulico, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Che cosa non è assicurato

Sono esclusi:

- i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che restano a carico dell'Assicurato;
- i sinistri dovuti a guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad esempio lavatrici);
- i sinistri dovuti all'interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore;
- i sinistri dovuti a rottura delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;
- i sinistri dovuti a negligenza dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per l'uscita e la manodopera sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 500,00 euro per sinistro.

- **Invio di un elettricista per interventi di emergenza**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha bisogno di un elettricista per mancanza di corrente elettrica in tutti i locali dello studio professionale per guasti agli interruttori di accensione, alle prese di corrente o agli impianti di distribuzione interna, la Struttura Organizzativa invia un elettricista, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Che cosa non è assicurato

Sono esclusi:

- i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che restano a carico dell'Assicurato;
- i sinistri dovuti a corto circuito per falsi contatti provocati dall'Assicurato;
- i sinistri dovuti all'interruzione della corrente elettrica da parte dell'ente erogatore;
- i sinistri dovuti a guasti al cavo di alimentazione dei locali dello studio professionale a monte e a valle del contatore.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per l'uscita e la manodopera sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 500,00 euro per sinistro.

• **Intervento di emergenza per danni d'acqua**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha bisogno di un intervento d'emergenza a seguito di allagamento o infiltrazione dovuti a rottura, otturazione, guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico, la Struttura Organizzativa invia personale specializzato in tecniche di asciugatura, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Che cosa non è assicurato

Sono esclusi:

- guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad esempio lavatrici);
- i danni dovuti a tracimazione in seguito a otturazione delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;
- negligenza dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

Le spese per l'intervento sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 500,00 euro per sinistro.

• **Invio di un vetraio nelle 24H**

Che cosa è assicurato

Se l'Assicurato ha bisogno di un vetraio a seguito di rottura vetri esterni, la Struttura Organizzativa invia un tecnico nelle 24 ore successive alla segnalazione esclusi sabato, domenica e festivi.

La prestazione opera in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Che cosa non è assicurato

Sono esclusi tutti i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che restano a carico dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura

La prestazione non opera sabato, domenica e festivi.

Le spese per l'uscita e la manodopera sono a carico della Struttura Organizzativa fino a 500,00 euro per sinistro.

CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE ASSICURIAMO (CONDIZIONI VALIDE PER TUTTE LE PRESTAZIONI)

Operatività dell'assicurazione

L'assicurazione vale in tutto il mondo, **ad eccezione per le prestazioni dove è indicato diversamente.**

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

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della Garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Attivazione della Struttura Organizzativa

Tutte le prestazioni elencate sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa come descritto in Cosa fare in caso di sinistro – Attivazione dell'assistenza.

Limite per anno assicurativo

Le prestazioni possono essere erogate per un massimo di tre volte nel corso dell'anno assicurativo, salvo quanto previsto per la prestazione MY CLINIC - Video consulto medico.

Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Se l'Assicurato non usufruisce di una o più delle prestazioni previste, non sono forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Altre assicurazioni Assistenza

Se l'Assicurato, si rivolge per le medesime prestazioni di cui a questa copertura ad altra società con la quale ha stipulato un'altra assicurazione Assistenza, le suddette prestazioni operano, nei limiti e alle condizioni previste, solo come rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

CHE COSA NON E' ASSICURATO (ESCLUSIONI VALIDE PER TUTTE LE PRESTAZIONI)

Tutte le prestazioni di assistenza non operano:

- a) per gli infortuni e le altre conseguenze causate da ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro;
- b) per le conseguenze derivanti da guerra, atto terroristico, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e da tutti quei fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- c) per le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;
- d) per le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- e) per gli infortuni sofferti in conseguenza delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitta, sport aerei in genere, corse e gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti; per le altre attività sportive la Garanzia resta operante anche se svolte a titolo professionale;
- f) in quei Paesi che sono in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <http://watch.exclusive-analysis.com/lists/cargo> che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0. Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari;
- g) dove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un rischio guerra;
- h) per i sinistri che si verificano dopo il 100° giorno consecutivo di permanenza dell'Assicurato all'estero.

IN AUTONOMIA

3.5. INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

CHE COSA E' ASSICURATO

La garanzia prevede l'erogazione di un indennizzo nel caso in cui l'infortunio provochi all'Assicurato un'invalidità permanente, intesa come riduzione definitiva, anche parziale, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro.

Accertamento del grado

Il grado di invalidità permanente è accertato in base alle percentuali espresse nella tabella di determinazione scelta dall'Assicurato e indicata in polizza, secondo i seguenti criteri:

- la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui alla tabella sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, Generali Italia riconosce una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa;
- il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

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

L'indennizzo si calcola moltiplicando la somma assicurata per invalidità permanente per il grado percentuale di invalidità accertata, dopo aver applicato la franchigia scelta dall'Assicurato e indicata in polizza.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa.

Determinazione dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio – tabella di determinazione INAIL

Per la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio si conviene che l'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle percentuali previste dalla "tabella INAIL" di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA

Franchigia per invalidità permanente da infortunio

L'indennizzo che spetta per invalidità permanente da infortunio si determina moltiplicando la somma assicurata per invalidità permanente indicata in polizza per la percentuale corrispondente al grado di invalidità accertato secondo i criteri concordati e applicando la franchigia indicata in polizza per ciascun Assicurato.

CHE COSA NON E' ASSICURATO

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

3.6. RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO

CHE COSA E' ASSICURATO

In caso di infortunio, indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale è accertato un grado di invalidità permanente pari o superiore al 66%, in base alle percentuali espresse nella seguente tabella, Generali Italia - oltre a quanto dovuto per contratto – emette a proprio carico un'apposita polizza vita a favore dell'Assicurato che gli garantisce una rendita vitalizia rivalutabile, di importo annuo pari alla somma indicata in polizza.

	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%

• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	

Anchilosi:

• dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:

• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%

Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:

• al di sopra della metà della coscia	70%
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%

Anchilosi:

• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astraglica	15%

Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
---	-----

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%

Sordità completa di:

• di un orecchio	10%
• di ambedue gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta:

• monolaterale	4%
• bilaterale	10%

Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
--	----

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:

• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12a dorsale	10%

• una vertebra lombare	10%
------------------------	-----

Esiti di frattura di:

• un metamero sacrale	3%
• un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
---	----

Perdita anatomica:

• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

CHE COSA NON E' ASSICURATO

Per questa Garanzia valgono le esclusioni infortuni.

IN ATTIVITA'

3.10. INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO E PER CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

CHE COSA E' ASSICURATO

In caso di ricovero o intervento in regime di day surgery reso necessario da infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, Generali Italia paga l'indennità assicurata per ogni giorno di degenza e, se prevista in polizza, di convalescenza domiciliare.

L'indennizzo è corrisposto con le modalità indicate in Cosa fare in caso di sinistro – Sinistri infortuni e malattie.

Indennità giornaliera per ricovero

Generali Italia, accertato il diritto all'indennizzo, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata in polizza per ogni giorno di ricovero documentato, escluso quello di dimissione.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA

Indennità giornaliera per ricovero

L'indennità giornaliera per ricovero è corrisposta per un periodo massimo di 360 giorni per infortunio, anche non consecutivi.

Se indicata in polizza la Garanzia opera previa applicazione della franchigia. Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero o intervento in regime di day surgery a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

In caso di day hospital Generali Italia corrisponde l'indennità al 50%.

Indennità giornaliera per convalescenza

A seguito di ricovero indennizzato nei termini di cui sopra, Generali Italia corrisponde l'indennità giornaliera assicurata in polizza anche per la relativa convalescenza domiciliare secondo le modalità indicate in polizza per ciascun Assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

Per questa Garanzia valgono le esclusioni infortuni.

3.12. RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO

CHE COSA E' ASSICURATO

La Garanzia prevede il rimborso all'Assicurato delle seguenti spese mediche sostenute in conseguenza diretta di infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, **fino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza:**

a) durante il ricovero (o in caso di intervento chirurgico anche ambulatoriale o in day surgery) per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

In caso di ricovero in ospedale pubblico che comporta almeno due pernottamenti, per il quale l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa, è corrisposta un'indennità sostitutiva di 50,00 euro per ogni giorno di ricovero, **con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.** Questa indennità sostitutiva è cumulabile con l' "Indennità giornaliera per ricovero".

b) dopo il ricovero (o in caso di intervento chirurgico anche ambulatoriale o in day surgery) per:

- esami e accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali **effettuati nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero;** in relazione alle prestazioni odontoiatriche, **sono comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi **effettuati nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero;** l'Assicurato può, in alternativa al rimborso, usufruire del pagamento diretto con il ricorso alle Strutture mediche convenzionate senza necessità di anticipare alcuna spesa con le modalità indicate in Cosa fare in caso di sinistro - Sinistri infortuni e malattie – Assistenza diretta – Modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

Ci sono limiti di copertura

Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi le spese sono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata col massimo di 3.500,00 euro.

Le prestazioni di cui sopra devono essere prescritte dal medico curante;

c) in assenza o prima del ricovero (o in caso di intervento chirurgico anche ambulatoriale o in day surgery) per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, sono comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio;** l'Assicurato può, in alternativa al rimborso, usufruire del pagamento diretto con il ricorso alle Strutture mediche convenzionate senza necessità di anticipare alcuna spesa con le modalità indicate in Cosa fare in caso di sinistro - Sinistri infortuni e malattie – Assistenza diretta - Modalità di attivazione. L'elenco delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

Ci sono limiti di copertura

Per i trattamenti fisioterapici e rieducativi le spese sono rimborsate con il limite del 20% della somma assicurata col massimo di 2.500,00 euro.

Le prestazioni di cui sopra devono essere prescritte dal medico curante.

In assenza di ricovero la Garanzia opera con una franchigia di 100,00 euro.

Sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'infortunio, per:

- primo acquisto di ogni tipo di protesi ortopedica resa necessaria dall'infortunio nonché per l'acquisto o il noleggio **(per il periodo massimo di 1 anno)** di carrozzelle ortopediche;
- cure ed applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, **escluse le protesi dentarie**) **effettuate entro 2 anni dall'infortunio**, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso.

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate

In caso di infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, per il quale l'Assicurato subisca un ricovero, Generali Italia corrisponde una **Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate** calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente:

- 1%, in caso di ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

Il rimborso delle spese mediche sostenute e l'erogazione dell'indennità aggiuntiva sono effettuati con le modalità indicate in COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - SINISTRI INFORTUNI E MALATTIE nelle Norme per i sinistri infortuni e malattie.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA

L'Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate non opera comunque in caso di ricoveri in regime di day hospital. Per la determinazione dell'indennità il giorno di dimissione non è considerato. L'importo corrisposto non può superare i 10.000,00 euro.

CHE COSA NON E' ASSICURATO

Per la Garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio e per l'Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate valgono le Esclusioni infortuni.

3.13. RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO

CHE COSA E' ASSICURATO

In caso di ricovero in istituto di cura o di intervento chirurgico, anche ambulatoriale o in day surgery, indennizzabile in base alla copertura assicurativa e avvenuto nel corso della validità della polizza, reso necessario da malattia o infortunio, Generali Italia rimborsa, fino alla somma assicurata indicata in polizza, quale disponibilità unica per anno assicurativo e per persona assicurata, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici rieducativi (incluso il noleggio di apparecchiature adeguatamente prescritte da medico specialista), effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Il rimborso è effettuato con le modalità indicate in Cosa fare in caso di sinistro – Sinistri infortuni e malattie.

CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE ASSICURIAMO

Decorrenza e termini di aspettativa

La Garanzia è valida dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- del 30° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- del 180° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipula del contratto, non conosciute o non diagnosticate al momento della stipula o, se conosciute, purché dichiarate a Generali Italia.

Se questo contratto sostituisce senza soluzione di continuità un altro che riguarda gli stessi assicurati e in cui è già prestata questa Garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e le somme da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Allo stesso modo in caso di variazioni nel corso di questo contratto, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

Se il premio o le successive rate di premio sono pagati con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono nuovamente dalle ore 24 del giorno del pagamento.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA

Generali Italia indennizza le spese sostenute per le suddette prestazioni con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro sull'ammontare delle spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento. Le voci di spesa per le quali viene richiesto il rimborso del solo ticket sono oggetto di indennizzo integrale.

CHE COSA NON È ASSICURATO

Per questa Garanzia valgono le esclusioni infortuni e le esclusioni malattie.

Inoltre sono escluse:

- a) cure (intendendosi per tali anche visite e accertamenti) e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto; la deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi in Garanzia solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso e/o di esame radiografico che attesta la frattura delle ossa nasali;
- b) cure (intendendosi per tali anche visite e accertamenti) e interventi per eliminare o correggere difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (per esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- c) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- d) cure (intendendosi per tali anche visite e accertamenti) e gli interventi finalizzati alla contraccezione, al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- e) protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodontio, interventi preprotetici e di implantologia;
- f) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, residenze sanitarie assistenziali, gerontocomi e ospizi per anziani, hospice, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, centri benessere in genere, beauty farm o istituti assimilabili;
- g) cure (intendendosi per tali anche visite e accertamenti) che non rientrano nei protocolli riconosciuti dall'OMS ("protocolli sperimentali") e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- h) ricoveri e day hospital durante i quali sono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- j) prestazioni di psicoterapia e psicanalisi;
- k) spese per parafarmaci, dispositivi medici e sanitari, farmaci omeopatici, integratori alimentari, prodotti fitoterapici;

l) spese per tutori immobilizzanti o equivalenti, plantari o equivalenti.

3.18. INDENNITÀ GIORNALIERA PER IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

CHE COSA È ASSICURATO

Se si verifica un infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa, e all'Assicurato è applicato un apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, Generali Italia corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza a decorrere dal giorno successivo all'applicazione della gessatura o tutore sino al giorno della sua rimozione.

L'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante e il tipo di lesione subita devono essere comprovate da certificazione della struttura ospedaliera o istituto di cura ove è stata eseguita; la rimozione deve essere comprovata da certificazione scritta dello specialista che ha in cura l'Assicurato oppure del medico della struttura ospedaliera o istituto ove è avvenuta la rimozione.

In caso di frattura radiologicamente accertata l'indennità è riconosciuta anche se l'applicazione dell'apparecchio gessato o tutore immobilizzante, anche amovibile autonomamente, è stata eseguita presso centro privato.

L'indennità è riconosciuta anche in caso di frattura scomposta di coste o del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali, per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione.

L'indennizzo è corrisposto con le modalità indicate in Cosa fare in caso di sinistro - Sinistri infortuni e malattie.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA

L'indennità giornaliera è pagata fino alla rimozione della gessatura o tutore ma comunque **per un periodo non superiore a 20 giorni per le dita e 60 giorni in tutti gli altri casi.**

In caso di frattura scomposta del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali, l'Indennità è pagata per tutto il periodo di effettiva immobilizzazione ma comunque **per un periodo non superiore a 60 giorni.**

Se per l'Assicurato è presente in polizza anche l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o l'Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio e malattia, **le singole indennità assicurate non si cumulano tra di loro.**

In questo caso, se - a seguito di infortunio indennizzabile in base alla copertura assicurativa che determini ricovero e applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante - è prescritta anche una convalescenza, è riconosciuta all'Assicurato l'indennità a lui più favorevole; se la convalescenza prescritta a termini di polizza è di almeno 5 giorni, Generali Italia corrisponde comunque un'ulteriore indennità forfettaria pari al 25% dei giorni di gessatura, **con il massimo di 10 giorni.**

CHE COSA NON È ASSICURATO

Per questa Garanzia valgono le Esclusioni infortuni.

4. CHE COSA NON È ASSICURATO

4.1. ESCLUSIONI INFORTUNI

Che cosa non è assicurato

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

- a) causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si intende la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro;
- b) causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in Garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, se rinnova il documento entro 6 mesi o se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;
- c) accaduti alla guida di aeromobili in genere, o in qualità di passeggero su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, su aeromobili di aeroclub, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- d) occorsi per attività di paracadutismo o immersioni con autorespiratore a qualunque titolo praticate;
- e) causati da uso di mezzi subacquei;
- f) che derivano da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato anche in concorso;
- g) sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale; sono comunque compresi in Garanzia gli infortuni avvenuti in Italia in tempo di pace;
- h) causati da guerra ed insurrezione, salvo il caso nel quale l'Assicurato è sorpreso dallo scoppio di tali eventi all'estero. In tal caso la copertura opera fino a un massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- i) causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non necessari per la cura delle lesioni derivanti da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- j) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;
- k) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- l) causati dalla pratica di qualsiasi attività sportiva professionale. Per tale si intende un'attività sportiva svolta, a titolo oneroso;
- m) conseguenti alla pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi titolo praticate: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala WW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kitesurf, snowkite, sci acrobatico, sci o snowboard estremi, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, sport mororistici, sport estremi;
- n) che derivano da uso e guida di veicoli a motore su circuiti adibiti agli sport motoristici salvo che si tratti di motoraduni o autoraduni;
- o) che derivano dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) che comportano l'uso di natanti a motore e a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;
- p) che derivano dalla partecipazione a competizioni organizzate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.) di calcio, calcio a 5 (e simili), sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, hockey. Tuttavia, se l'infortunio si verifica in tali casi e l'Assicurato ha meno di 18 anni, Generali Italia corrisponde l'indennizzo ridotto del 50%.

4.2. ESCLUSIONI MALATTIE

Che cosa non è assicurato

Sono esclusi dall'assicurazione per il caso di malattia:

- a) stati invalidanti e/o patologici, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti o diagnosticati prima della data di stipula del contratto e non dichiarati con dolo o colpa grave;
- b) visite, accertamenti ed interventi per eliminare o correggere malformazioni;
- c) visite, accertamenti ed interventi per eliminare o correggere difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;
- d) tutte le prestazioni connesse a malattie mentali e a disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici, le sindromi ansiose e/o depressive e quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- e) abuso di alcoolici, uso di allucinogeni, uso - per scopi non terapeutici - di psicofarmaci e/o di stupefacenti;

- f) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura di malattie dell'Assicurato;**
- g) conseguenze dirette e indirette di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;**
- h) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;**
- i) 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;**
- j) interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica.**

5. CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE ASSICURIAMO

CONDIZIONI OPERATIVE VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

5.1. Accesso degli assicurati alle loro posizioni assicurative - Obblighi del Contraente (DIP – che obblighi ho)

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

- il Contraente si obbliga a consegnare loro le condizioni di assicurazione prima dell'adesione alla copertura assicurativa;
- gli assicurati stessi possono accedere alle informazioni sulle loro posizioni assicurative sul sito internet di Generali Italia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi.

5.2. Pagamento del premio e decorrenza della Garanzia - Mezzi di pagamento del premio - Diritto di ripensamento (DIP – Come e quando devo pagare)

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'agenzia di riferimento oppure a Generali Italia.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Generali Italia a ricevere i pagamenti dei premi scaduti. Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.



ATTENZIONE: il pagamento del premio o della rata di premio in scadenza è condizione necessaria affinché l'assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. In mancanza di detto pagamento il contratto, anche se sottoscritto, non è operante.

Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il premio può essere pagato, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a 750,00 euro;
- tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario. Ferma la data di effetto indicata in polizza, il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito su conto se successivo, salvo il buon fine del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o all'intermediario;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit); salvo il buon fine degli addebiti, per la prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA, per le rate successive alle scadenze prefissate in polizza;
- se il premio è addebitato su conto corrente mediante procedura SDD con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza della rata.

In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia, tutte le rate scadute e non pagate e la parte del premio residuo a completamento dell'anno assicurativo. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;

- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, in tale qualità, su conto corrente postale dedicato², se si paga con bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, quindi, la data di decorrenza della garanzia coincide con quella apposta dall'ufficio postale;
- con assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo;
- con assegno bancario o postale³ non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario in tale qualità; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo, salvo il buon fine dell'assegno con l'effettivo pagamento dello stesso e salva la facoltà dell'intermediario di richiedere il pagamento del premio anche tramite altre modalità tra quelle previste in questo articolo, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto, con richiesta scritta da inviare a Generali Italia (Via Marocchese 14 – 31021 Mogliano Veneto – TV – PEC generalitalia@pec.generaligroup.com) oppure

¹ Articolo 1901 del Codice Civile

² Si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'articolo 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

³ Per gli assegni bancari e postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, l'intermediario può richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC. A seguito della comunicazione di recesso, il contratto si considera privo di qualsiasi effetto fin dall'origine e quindi il Contraente e Generali Italia sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Di conseguenza Generali Italia rimborsa al Contraente il premio versato, al netto delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. L'esercizio del diritto di recesso rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.



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



Si suggerisce di verificare le date di scadenza del premio o delle singole rate di premio ed i pagamenti effettuati nell'Area Riservata "My Generali", consultabile previa registrazione accedendo dal sito internet www.generali.it o per mezzo dell'app My Generali.

5.3. Durata del contratto e proroga dell'assicurazione (DIP – quando comincia la copertura e quando finisce)

La durata del contratto è di un anno o poliennale (con una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura con durata annuale); se l'assicurazione è stipulata per una durata inferiore all'anno, il periodo di assicurazione coincide con la durata indicata in polizza.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata o PEC, almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Per i contratti di durata poliennale, non è possibile disdetta il contratto prima della scadenza prevista in polizza. Se il contratto supera i cinque anni, trascorso il quinquennio, il Contraente può recedere senza oneri con preavviso di almeno 60 giorni e con effetto dalla fine dell'anno assicurativo nel corso del quale la facoltà di recesso è stata esercitata.⁴

In caso di anticipata risoluzione o di esclusione di singoli assicurati non seguita da sostituzione, spettano a Generali Italia, le rate di premio scadute e non pagate e il premio per l'annualità in corso.



L'assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto del 5% sul premio di tariffa, come indicato in polizza, ma il contraente potrà dare disdetta del contratto soltanto alla scadenza o, se la durata del contratto è superiore a 5 anni, potrà recedere soltanto dopo i primi 5 anni.



Se il contratto è stipulato con tacita proroga, NON cessa automaticamente alla scadenza indicata in polizza, ma prosegue per un ulteriore anno rispetto alla data indicata in polizza, e così a seguire per ogni anno successivo. Il contraente può impedire la proroga del contratto, e quindi può farlo cessare, inviando comunicazione con un preavviso di almeno 60 gg. rispetto alla data di scadenza indicata in polizza, con riguardo alla prima proroga, e parimenti può farlo cessare in un altro momento, con le stesse modalità, nel corso delle annualità successive.

5.4. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula del contratto, sono affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS.

Ai fini delle garanzie Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio, Rendita vitalizia da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio, oltre le affezioni di cui sopra, non sono assicurabili persone affette al momento della stipula da epilessia e/o una delle seguenti malattie mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

In caso di insorgenza in corso di contratto il Contraente e/o l'Assicurato deve avvisare Generali Italia, che può recedere con effetto immediato per aggravamento di rischio,⁵ con comunicazione scritta all'altra parte entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della causa di inassicurabilità, senza obbligo per Generali Italia di corrispondere alcun indennizzo.

Spettano a Generali Italia i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicato il recesso.

5.5. Dichiarazioni del Contraente o Assicurato – Variazioni del rischio

Generali Italia presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della stessa.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, e la cessazione dell'assicurazione.⁶

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Generali Italia di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.⁷

5.6. Variazione della residenza

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione di eventuali variazioni del comune di residenza intervenute in corso di contratto.

In caso di trasferimento della residenza all'estero, Generali Italia, può recedere con effetto immediato per aggravamento di rischio,⁸ dando comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza della variazione.

L'omessa comunicazione può comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo.

Spettano a Generali Italia i premi relativi al periodo di assicurazione in corso quando è comunicato il recesso.

5.7. Assicurazioni presso diversi Assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto a Generali Italia l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio⁹ eccetto quelle stipulate per suo conto da terzi per obblighi di legge o di contratto e di quelle per cui è in possesso in quanto garanzie accessorie ad altri servizi (es: abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

5.8. Comunicazioni tra le parti

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato è tenuto, devono essere fatte per iscritto e inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza mediante:

- Posta Elettronica Certificata PEC;
- Lettera raccomandata.

Le comunicazioni alle quali è tenuta Generali Italia, devono essere fatte per iscritto e inviate mediante:

- Posta Elettronica Certificata PEC;
- Lettera raccomandata.

5.9. Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato da Generali Italia.

5.10. Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente, è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del beneficiario o dei loro aventi diritto.

Per le controversie sul contratto, l'azione giudiziale deve essere preceduta dal procedimento di mediazione avviato con deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al primo capoverso.¹⁰

5.11. Misure Restrittive - Sanzioni Internazionali

Generali Italia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone Generali Italia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

5.12. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

CONDIZIONI OPERATIVE PER GLI INFORTUNI

Le norme generali che seguono si intendono operanti per le seguenti garanzie:

- Rimborso spese per alta diagnostica
- Invalidità permanente da infortunio
- Rendita vitalizia da infortunio
- Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da infortunio
- Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da infortunio, malattia o parto
- Rimborso spese sanitarie da infortunio
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico
- Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio
- Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio

⁴ Articolo 1899 del Codice civile

⁵ Articolo 1898 del Codice civile

⁶ Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile

⁷ Articoli 1897 e 1898 del Codice civile

- Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio
- Morte da infortunio

5.13. Operatività dell'assicurazione infortuni

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza ed ogni altra attività relativa la vita privata e familiare.

La copertura è prestata per le attività professionali dichiarate in polizza; se nel corso del contratto cambia l'attività professionale dichiarata in polizza, l'Assicurato deve comunicarlo a Generali Italia che valuta l'eventuale diminuzione o aggravamento del rischio.¹¹

5.14. Criteri di indennizzabilità

L'indennizzo è dovuto da Generali Italia per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile in base alla copertura assicurativa.

Le conseguenze che ha avuto l'infortunio sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute e il pregiudizio che queste possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio non sono indennizzabili in quanto conseguenze indirette dell'infortunio.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente da infortunio è corrisposto per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio come se esso avesse colpito la persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Se l'infortunio si verifica nello svolgimento di un'attività professionale diversa da quelle dichiarate in polizza, o di un'altra attività svolta con modalità assimilabili a professionalità, l'indennizzo è dovuto:

- integralmente, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde un rischio non maggiore di quello delle attività professionali indicate in polizza;
- **in misura ridotta in base alle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde un rischio maggiore:**

		ATTIVITA' DICHIARATA IN POLIZZA			
		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	Classe A	100	100	100	100
	Classe B	80	100	100	100
	Classe C	50	65	100	100
	Classe D	40	50	80	100

Generali Italia non corrisponde alcun indennizzo se l'attività professionale svolta al momento dell'infortunio è compresa tra le seguenti:

- **sportivi professionisti;**
- **personale viaggiante su aeromobili o mezzi subacquei.**

Per valutare il grado di rischio delle varie attività professionali si deve fare riferimento alla classificazione riportata nell'elenco "Codici Attività Professionali". In caso di attività non specificate in questo elenco sono utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad un'attività elencata.

CODICI ATTIVITA' PROFESSIONALI

L'assicurazione è prestata in base alla esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza al "Codice Professione" indicato in polizza.

Se oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolge un'attività secondaria con carattere continuativo, ancorché non prevalente, occorre darne atto e applicare il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria superiore (in ordine alfabetico):

CLASSE A

Codice	Descrizione Attività Professionale
A103	Amministratore di beni

⁸ Articolo 1898 del Codice civile

⁹ Articolo 1910 del Codice civile

¹⁰ Articoli 4 e 5 D. Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98

A106	Architetto
A107	Avvocato
A111	Geometra senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
A113	Indossatore/trice e fotomodello/a
A114	Ingegnere
A124	Notaio
A133	Commercialista e consulente del lavoro
A306	Barbiere, Parrucchiere
A315	Estetista, truccatore, callista, manicure, pedicure
A331	Massaggiatore, fisioterapista
A343	Sarto
A510	Politico, sindacalista
A629	Operatore e addetto a centri elaborazione dati
A637	Dirigente, impiegato, quadro – settore pubblico
A638	Dirigente, impiegato, quadro – settore privato
A639	Disegnatore, grafico, pittore artistico
A660	Insegnante senza esercitazione di prove pratiche
A805	Benestante senza altra attività professionale
A809	Appartenente al clero (che non svolge attività di cui al codice B 672)
A818	Bambino, studente
A821	Artista di spettacolo (presentatore, musicista, direttore d'orchestra, regista, cantane, attore - escluse controfigure e stunt-men)
A823	Pensionato
A999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CLASSE B

Codice	Descrizione Attività Professionale
B102	Agente e intermediario che opera nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
B110	Geologo
B112	Geometra con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B116	Postino
B117	Istruttore di scuola guida
B120	Medico (escluso radiologo con estensione alle radiodermi)
B123	Farmacista
B125	Veterinario
B126	Vetrinista
B203	Agricoltore senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B205	Allevatore di animali senza uso di macchinari e senza uso o guida di macchine agricole con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B208	Giardiniere, vivaista: esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B211	Scultore
B304	Artigiano per i quali non esiste altra denominazione specifica, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi

B308	Calzolaio
B322	Fotografo, fotoreporter, cineoperatore
B326	Imbianchino senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
B337	Barcaiolo, gondoliere
B338	Odontotecnico
B340	Pellettiere
B341	Antiquario
B344	Tappezziere
B345	Confezionista, magliaio e addetto al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore
B365	Operaio (escluso muratore) anche con uso di macchine, ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
B401	Albergatore e addetto al servizio alberghiero
B402	Allenatore sportivo non giocatore
B403	Commesso viaggiatore senza trasporto e consegna merce
B407	Commerciante (escluso ambulante): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t. Non sono comunque comprese le attività rientranti nei codici B 434 - B 421 - B 422 - C 415 - C 420 - C 135
B421	Orologiaio, gioielliere
B422	Panettiere, pasticcere senza produzione
B424	Gestore (inclusi addetti e camerieri) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: esclusi cuochi e pizzaioli
B427	Orafo, incisore
B434	Armaiolo con solo attività di vendita
B506	Imprenditore che non presta opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B512	Guida turistica
B603	Analista chimico, biologo, addetto a centri di analisi mediche
B607	Assistente sociale
B619	Bidello
B623	Benzinaio, escluse attività di manutenzione e lavaggio
B628	Pizzaiolo
B631	Portiere, custode in genere
B636	Diplomatico, ambasciatore
B641	Collaboratore familiare, baby-sitter
B652	Giornalista
B659	Insegnante con esercitazione di prove pratiche
B662	Magistrato
B672	Infermiere, paramedico, ostetrica
B678	Addetto alle pulizie
B802	Artista di varietà e ballerino
B808	Casalinga/o senza altra attività professionale
B821	Addetto negozio senza attività di carico e scarico e senza uso di macchine
B999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CLASSE C

Codice **Descrizione Attività Professionale**

C122	Medico radiologo con estensione alle radiodermiti
C135	Panettiere, pasticciere con produzione
C209	Pescatore, marinaio
C311	Conciaio
C313	Elettricista senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione
C324	Idraulico
C334	Meccanico, carrozziere, gommista, elettrauto e simili
C342	Restauratore senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
C346	Tipografo, litografo
C348	Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
C362	Riparatore di elettrodomestici in genere (inclusi radio e TV senza intervento su antenna)
C367	Confezionista, magliaio e addetto al settore tessile: con uso di macchine azionate da motore
C404	Commesso viaggiatore con trasporto e consegna merce
C415	Commerciante (incluso addetto) di mobili, elettrodomestici e Hi-Fi, articoli igienico-sanitari con installazione; commerciante ambulante
C420	Macellaio
C518	Imprenditore che presta opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
C622	Benzinaio, incluse attività di manutenzione e lavaggio
C627	Cavaiole senza uso di mine
C630	Cuoco
C653	Guardiacaccia, guardiapescia, guardia campestre e forestale
C656	Guardia notturna e giurata
C685	Taxista
C686	Autista (esclusi taxisti) di veicoli in genere; guidatore di natante
C807	Carabiniere (incluso ex Corpo Forestale)
C810	Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)
C811	Guardia di Finanza
C816	Polizia di Stato e Polizia Penitenziaria
C819	Vigile Urbano
C822	Magazziniere
C999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale.

CLASSE D

Codice	Descrizione Attività Professionale
D201	Abbattitore di piante, boscaiolo
D207	Giardiniere, floricoltore con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso di macchine agricole
D212	Agricoltore con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarro con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D301	Antennista
D305	Artigiano per il quale non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D316	Fabbro
D320	Falegname

D329	Marmista
D336	Muratore
D347	Vetraio
D361	Operaio (escluso muratore, compreso elettricista e imbianchino) con uso di macchina, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D363	Restauratore con accesso a tetti, ponteggi, impalcature
D516	Allevatore di animali con uso di macchinari, con uso e guida di macchine agricole e guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D625	Carpentiere
D682	Vigile del fuoco
D815	Palombaro, sommozzatore
D999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

5.15. Adeguamento delle somme assicurate e del premio

Ad ogni scadenza annuale, le somme assicurate ed il premio delle Garanzie Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, se presenti in polizza sono adeguati in modo costante nella misura del 3% degli importi inizialmente stabiliti.

L'adeguamento non opera per le somme che determinano gli scaglioni di franchigia e i limiti di indennizzo.

CONDIZIONI OPERATIVE PER LE MALATTIE

Le norme generali che seguono si intendono operanti per le seguenti Garanzie:

- Spese per alta diagnostica
- Programma di prevenzione sanitaria
- Invalidità permanente da malattia
- Invalidità permanente da ictus o infarto
- Rendita vitalizia da malattia
- Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da infortunio, malattia o parto
- Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento
- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico

5.16. Operatività dell'assicurazione malattie

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

5.17. Termini di aspettativa

L'assicurazione è soggetta alla decorrenza di termini di aspettativa ovvero ad un periodo di tempo, successivo alla data di effetto del contratto, durante il quale le Garanzie di polizza, in tutto o in parte, non operano.

Tale termine è specificato per ciascuna delle Garanzie per cui è previsto.

5.18. Dichiarazione di non fumatore

Per le Garanzie Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio, malattia o parto, Rimborso delle spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, il premio si basa su una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, pertanto per le dichiarazioni inesatte e reticenti alla stipula del contratto o per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, la liquidazione del sinistro è ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Si considera non fumatore una persona che non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni e che negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica. Si equipara al tabacco l'uso della sigaretta elettronica.

5.19. Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato

Ad ogni scadenza annuale per le Garanzie Invalidità permanente da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da Infortunio o malattia, Rimborso delle spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, Rendita vitalizia da malattia - se presenti in polizza - è previsto l'aumento del premio del 3% rispetto all'anno assicurativo precedente, in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.

6. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, SCOPERTI E/O FRANCHIGIE

Per le Garanzie valgono i limiti di seguito riportati:

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Limite di indennizzo
Ernie addominali da causa violenta (operabili) – indennità giornaliera per ricovero con intervento chirurgico			1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente da infortunio con il massimo di 150,00 euro al giorno
Ernie addominali da causa violenta (operabili) – indennità forfettaria per convalescenza post ricovero con intervento chirurgico			500,00 euro
Ernie addominali da causa violenta (non operabili) – indennità per invalidità permanente			10% s.a. per invalidità permanente da infortunio
Assistenza START – Invio di un medico al domicilio			Disponibile dalle 8 alle 20 e nei giorni festivi
Assistenza START – Guida sanitaria			Disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18 (esclusi i giorni festivi infrasettimanali)
Assistenza START – Trasporto dal pronto soccorso			Massimo 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno)
Assistenza START – Rientro dall'istituto di cura			Disponibile se l'istituto di cura è ad oltre 50 km dal comune di residenza
Assistenza START – Invio di un fisioterapista a domicilio			Massimo 10 sedute per sinistro
Assistenza START – Invio di una collaboratrice familiare			Massimo 10 ore per sinistro utilizzabili in non più di 5 giorni
Assistenza START – Assistenza domiciliare integrata post ricovero			Massimo 7 giorni continuativi e non frazionabili
Assistenza START – Prestazioni MyClinic – Video consulto medico generico			Massimo 10 consulti
Assistenza START – Prestazioni MyClinic – Video consulto medico specialistico			Massimo 10 consulti
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREDITORE – Per il professionista/imprenditore – Supporto psicologico			Massimo 6 sedute con il limite di 1.000,00 euro
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREDITORE – Per il professionista/imprenditore – Invio di una baby sitter al domicilio			Massimo 10 ore per sinistro utilizzabili in non più di 5 giorni
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREDITORE – Per il professionista/imprenditore – Invio di una collaboratrice familiare			Massimo 10 ore per sinistro utilizzabili in non più di 5 giorni

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Limite di indennizzo
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREN DITORE – <i>Per il professionista/imprenditore</i> – Invio di un infermiere al domicilio			Massimo 15 ore per sinistro
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREN DITORE – <i>Per lo studio professionale</i> – Invio di un fabbro per interventi di emergenza			Fino a 500,00 euro per sinistro (uscita e manodopera) I costi del materiale sono a carico dell'Assicurato
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREN DITORE – <i>Per lo studio professionale</i> – Invio di un idraulico per interventi di emergenza			Fino a 500,00 euro per sinistro (uscita e manodopera) I costi del materiale sono a carico dell'Assicurato
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREN DITORE – <i>Per lo studio professionale</i> – Invio di un elettricista per interventi di emergenza			Fino a 500,00 euro per sinistro (uscita e manodopera) I costi del materiale sono a carico dell'Assicurato
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREN DITORE – <i>Per lo studio professionale</i> – Intervento di emergenza per danni d'acqua			Fino a 500,00 euro per sinistro (uscita e manodopera)
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPREN DITORE – <i>Per lo studio professionale</i> – Invio di un vetraio nelle 24 ore			Fino a 500,00 euro per sinistro (uscita e manodopera) I costi del materiale sono a carico dell'Assicurato
Invalità permanente da infortunio	Franchigia indicata in polizza per ciascun Assicurato		
Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da infortunio	Franchigia indicata in polizza per ciascun Assicurato		Massimo 360 giorni per infortunio (anche non consecutivi)
Rimborso spese sanitarie da infortunio – Indennità sostitutiva in caso di ricovero			50,00 euro per ogni giorno di ricovero con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo
Rimborso spese sanitarie da infortunio – spese sostenute dopo il ricovero			Spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero
Rimborso spese sanitarie da infortunio – spese sostenute dopo il ricovero – trattamenti fisioterapici e rieducativi (non in assistenza diretta)			Spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero, fino al 30% del massimale della garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio indicato in polizza per ciascun Assicurato con il massimo di 3.500,00 euro
Rimborso spese sanitarie da infortunio – spese sostenute prima del ricovero o in assenza di ricovero	Franchigia 100,00 euro in assenza di ricovero		Spese sostenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Limite di indennizzo
Rimborso spese sanitarie da infortunio – spese sostenute prima del ricovero o in assenza il ricovero – trattamenti fisioterapici e rieducativi (non in assistenza diretta)	Franchigia 100,00 euro in assenza di ricovero		Spese sostenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio, fino al 20% del massimale dalla garanzia Rimborso spese sanitarie da infortunio indicato in polizza per ciascun Assicurato, con il massimo di 2.500,00 euro
Rimborso spese sanitarie da infortunio – senza ricovero	Franchigia 100,00 euro		
Rimborso spese sanitarie da infortunio – Indennità aggiuntiva per degenze prolungate			Massimo 10.000,00 euro
Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero		Scoperto 20% minimo 50,00 euro per singola malattia o infortunio che ha determinato il ricovero	Spese sostenute nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi al ricovero
Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio			Periodo dall'applicazione alla rimozione della gessatura o del tutore con il massimo di 20 giorni per le dita e 60 giorni in tutti gli altri casi Periodo di immobilizzazione in caso di frattura scomposta del bacino o di frattura composta di almeno due archi costali con il massimo 60 giorni Se l'Assicurato ha acquistato anche l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o l'indennità giornaliera per convalescenza da infortunio, malattia o parto viene pagata l'indennità più favorevole al cliente e se la convalescenza prescritta è di almeno 5 giorni

7. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

SINISTRI INFORTUNI E MALATTIE

7.1. Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi, **entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità**.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici fino a guarigione avvenuta.

Se l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o se questa avviene nel periodo di cura, Generali Italia deve essere immediatamente avvisata.

Se non si rispettano gli obblighi relativi alla denuncia del sinistro si può perdere il totale o parziale diritto all'indennizzo.¹²

7.2. Denuncia della malattia, del ricovero o dell'intervento chirurgico

La denuncia della malattia, del ricovero o dell'intervento chirurgico, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi, **entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità o dall'avvenuta dimissione**.

Se secondo parere medico la malattia può comportare una invalidità permanente, se non consegnati al momento della denuncia, non appena possibile devono essere inviati a Generali Italia i certificati medici, le copie complete delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesta il decorso e le conseguenze della malattia e che risulta utile per valutare i postumi invalidanti, compreso il certificato che attesta la stabilizzazione della malattia denunciata.

In caso di ricovero o di intervento chirurgico deve essere inviata, se non consegnata al momento della denuncia, non appena disponibile, la necessaria documentazione medica inclusa la cartella clinica completa in copia conforme all'originale e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) che attesta durata e ragioni del ricovero o dell'intervento.

7.3. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono acconsentire alla richiesta di documentazione, alla visita dei medici incaricati da Generali Italia e alle indagini, valutazioni e accertamenti (da eseguirsi in Italia) necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

7.4. Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la documentazione necessaria per l'accertamento del diritto all'indennizzo e per la sua quantificazione secondo le presenti condizioni di assicurazione, Generali Italia procede:

- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato.

Il pagamento o la comunicazione saranno comunque effettuati entro trenta (30) giorni:

- dal ricevimento della documentazione completa, ovvero
- dalla conclusione della eventuale procedura di accertamento, con atto di pagamento o verbale di perizia, promossa secondo quanto previsto dalle presenti condizioni di assicurazione.

Restano fermi gli eventuali diversi termini e condizioni previsti per specifiche Garanzie, cui si rimanda il Cliente per le verifiche puntuali.

Generali Italia procederà comunque al pagamento delle eventuali somme non contestate.

7.5. Richiesta di rimborso

Per le Garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, l'indennizzo avviene su richiesta dell'Assicurato stesso.

Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute, che verranno restituite all'Assicurato a rimborso avvenuto.

Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, Generali Italia effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi**.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia nella valuta avente corso legale.

7.6. Assistenza diretta – modalità di attivazione

Per le Garanzie che prevedono l'assistenza diretta, per le quali Generali Italia provvede al pagamento diretto senza che l'Assicurato debba anticipare alcuna spesa, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica.

¹² Art. 1915 del Codice civile

Per le Garanzie Spese per alta diagnostica, Rimborso spese sanitarie da infortunio – prestazioni fisioterapiche, Grandi interventi e malattie oncologiche, **l'Assicurato deve telefonare almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00 esclusi i festivi**

dall'Italia al numero 800 713 720

dall'estero al numero +39 0258 286 696

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione (certificato medico con anamnesi o sospetto patologico, anamnesi prossima e remota), individua la Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato e gli conferma che la prenotazione della prestazione è avvenuta e che il pagamento diretto è operativo.

L'Assicurato compila la Lettera di impegno all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Centrale Operativa Medica in seguito paga direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite, **fatto salvo l'eventuale scoperto/franchigia che resta a carico dell'Assicurato.**

Questa modalità di indennizzo è possibile solo se i trattamenti vengono eseguiti presso Strutture Mediche Convenzionate con conferma di pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica: in tutti gli altri casi il pagamento di quanto dovuto a termini di contratto avviene a rimborso.

L'elenco delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

Per il Programma di prevenzione sanitaria, **l'Assicurato deve telefonare almeno 30 giorni prima rispetto alla data di scadenza dell'anno assicurativo in cui la prestazione è erogabile, dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali**

dall'Italia al numero 800 713 720

dall'estero al numero +39 0240 959 638

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, individua la Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato e gli conferma che la prenotazione delle prestazioni previste dal programma scelto, è avvenuta e che il pagamento diretto è operativo.

L'elenco delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

L'Assicurato deve fornire alla Centrale Operativa Medica i seguenti dati:

- numero di polizza
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

Inoltre per le Garanzie Rimborso spese per alta diagnostica e Rimborso spese sanitarie da infortunio deve fornire:

- la prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi in cui è indicata la tipologia di trattamento richiesto;
- il verbale di pronto soccorso in caso di infortunio.

7.9. Anticipo indennizzo

Generali Italia su richiesta dell'Assicurato corrisponde un anticipo dell'indennizzo, che viene decurtato dalla liquidazione definitiva, nei casi e alle condizioni che seguono:

- Per la Garanzia **Invalidità permanente da infortunio** se l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente è rinviato per accordo delle parti ad oltre un anno dal giorno dell'infortunio.
L'anticipo è corrisposto a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio e fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di 50.000,00 euro.
- Per la Garanzia **Indennità giornaliera per ricovero da infortunio**, su presentazione dei documenti che attestano e giustificano il ricovero stesso; rimangono immutati i limiti previsti per la Garanzia stessa. Se la degenza si prolunga la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.
- Per la Garanzia **Rimborso spese sanitarie da infortunio** se l'Assicurato ha sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a 2.000,00 euro dietro presentazione dei documenti giustificativi. L'anticipo è corrisposto nei limiti previsti per la Garanzia stessa salvo conguaglio a cura ultimata.

7.10. Controversie – Perizia contrattuale

In caso di controversie di natura medica, le parti possono demandare la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti.

In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominarne un terzo con il consenso delle parti.

Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il terzo medico interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza e sono vincolanti per le parti.

Ciascun medico può farsi assistere e coadiuvare da altri medici e/o specialisti, i quali possono intervenire nella perizia, senza però avere alcun voto deliberativo.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico e dei professionisti nominati dal proprio medico che hanno coadiuvato la perizia. Le spese e competenze del terzo medico sono ripartite a metà tra l'Assicurato e Generali Italia. I risultati della perizia sono raccolti in un verbale redatto in doppio esemplare, uno per l'Assicurato e uno per Generali Italia.

7.11. Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato

Generali Italia rinuncia al proprio diritto di surroga¹³ verso gli eventuali responsabili dell'evento dannoso indennizzato, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, lasciando agli stessi la facoltà di fare valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili; lascia così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

7.12. Modalità per la richiesta di assistenza

Tutte le prestazioni possono essere erogate dopo aver attivato la Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero 800 713 720

dall'estero al numero 39 0258 286 701

I costi per le chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.

L'Assicurato deve fornire alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:

- a) nome e cognome;
- b) numero di polizza e codice della fascia tessera indicato in polizza nella sezione Dedicato a te – Prevenzione e Assistenza;
- c) il tipo di assistenza di cui ha bisogno e il nome dell'eventuale medico curante;
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;
- e) il recapito telefonico dove può essere reperito nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, per poter erogare le prestazioni previste in polizza, deve effettuare il trattamento dedicato dell'Assicurato e a tal fine ha bisogno del suo consenso. Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali comuni e sensibili come indicato nell'apposita Informativa.

RECESSO IN CASO DI SINISTRO

7.17. Recesso in caso di sinistro

Il Contraente può recedere dal contratto a seguito della denuncia di ogni sinistro effettuata a termini di polizza nell'ambito dell'intera durata del contratto.

Generali Italia può recedere dal contratto a seguito della denuncia di ogni sinistro conseguente ad infortunio effettuata a termini di polizza nell'ambito dell'intera durata del contratto; se la polizza prevede, oltre alle coperture infortuni, anche una o più Garanzie tra Invalidità permanente da malattia, Rendita vitalizia da malattia, Invalidità permanente da ictus o infarto, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio o malattia, Rimborso delle spese sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico, Grandi interventi e malattie oncologiche, Indennizzo forfettario per intervento chirurgico, Rendita vitalizia da malattia, Generali Italia su richiesta dell'Assicurato, si impegna a proseguire queste Garanzie per la durata residua ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Per il recesso sono valide le sole denunce di sinistro concernenti eventi per i quali è presente in polizza la relativa garanzia assicurativa.

In entrambi i casi il recesso può essere esercitato:

- entro 60 giorni dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo,
- dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata o PEC.

Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto dal giorno del ricevimento della comunicazione. In tal caso Generali

13 Art. 1916 del Codice civile

Italia rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il recesso esercitato da Generali Italia ha effetto:

- dalla scadenza della rata di premio, anche di frazionamento, in corso al momento dell'invio della comunicazione;
- dalla scadenza successiva all'invio se la comunicazione è stata inviata meno di 30 giorni prima della scadenza.

Il pagamento o la riscossione dei premi scaduti dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non possono essere interpretati come loro rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso.

Il recesso non può essere esercitato a seguito di prestazioni assistenza nè per il programma di prevenzione sanitaria.

SOMMARIO

1. DEFINIZIONI	1
2. CHE COSA E' ASSICURATO	5
2.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	5
2.2. ASSICURAZIONE INFORTUNI	5
2.3. ASSICURAZIONE MALATTIE	5
3. GARANZIE	6
3.1. ASSISTENZA	6
Assistenza START	6
Assistenza PROFESSIONISTA/IMPRENDITORE	9
3.5. INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	13
3.6. RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO	13
3.10. INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO E PER CONVALESCENZA DA INFORTUNIO	16
3.12. RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO	16
3.13. RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO	17
3.18. INDENNITÀ GIORNALIERA PER IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO	19
4. CHE COSA NON E' ASSICURATO	20
4.1. ESCLUSIONI INFORTUNI	20
4.2. ESCLUSIONI MALATTIE	20
5. CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE ASSICURIAMO	22
5.1. Accesso degli assicurati alle loro posizioni assicurative - Obblighi del Contraente (DIP – che obblighi ho)	22
5.2. Pagamento del premio e decorrenza della Garanzia - Mezzi di pagamento del premio - Diritto di ripensamento (DIP – Come e quando devo pagare)	22
5.3. Durata del contratto e proroga dell'assicurazione (DIP – quando comincia la copertura e quando finisce)	23
5.4. Persone non assicurabili	23
5.5. Dichiarazioni del Contraente o Assicurato – Variazioni del rischio	23
5.6. Variazione della residenza	24
5.7. Assicurazioni presso diversi Assicuratori	24
5.8. Comunicazioni tra le parti	24
5.9. Oneri	24
5.10. Foro competente	24
5.11. Misure Restrittive - Sanzioni Internazionali	24
5.12. Rinvio alle norme di legge	24
5.13. Operatività dell'assicurazione infortuni	25
5.14. Criteri di indennizzabilità	25
5.15. Adeguamento delle somme assicurate e del premio	29
5.16. Operatività dell'assicurazione malattie	29
5.17. Termini di aspettativa	29
5.18. Dichiarazione di non fumatore	29
5.19. Adeguamento del premio in relazione all'età dell'Assicurato	29
6. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, SCOPERTI E/O FRANCHIGIE	30
7. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	33
SINISTRI INFORTUNI E MALATTIE	33
7.1. Denuncia dell'infortunio	33
7.2. Denuncia della malattia, del ricovero o dell'intervento chirurgico	33
7.3. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	33
7.4. Pagamento dell'indennizzo	33
7.5. Richiesta di rimborso	33
7.6. Assistenza diretta – modalità di attivazione	33

7.9. Anticipo indennizzo	34
7.10. Controversie – Perizia contrattuale	34
7.11. Rinuncia all'azione di rivalsa a favore dell'Assicurato	35
7.12. Modalità per la richiesta di assistenza	35
RECESSO IN CASO DI SINISTRO	35
7.17. Recesso in caso di sinistro	35

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco