

Generali Italia S.p.A.

# GENERALI DETTO FATTO ASSICURAZIONE SALUTE

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie per  
l'individuo e la famiglia

MIA1

**Il presente Fascicolo informativo, contenente**

- **Nota informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di assicurazione**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

*Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.*



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

## NOTA INFORMATIVA

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie per l'individuo e la famiglia

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

*Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.*

### GLOSSARIO

<b>Assicurato</b>	La persona per la quale è prestata l'assicurazione.
<b>Contraente</b>	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Intervento chirurgico</b>	Intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti, tutti gli interventi effettuati con esclusiva finalità diagnostica quali endoscopie, biopsie, ecc.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>Nucleo familiare</b>	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero</b>	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
<b>Rischio</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>Sinistro</b>	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Generali Italia S.p.A.

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

- Generali Italia S.p.A. – Gruppo Generali;
- sede legale: Mogliano Veneto (TV) – Via Marocchese, 14 – Italia.
- recapito telefonico: +39 041 5492 111, sito internet: [www.generali.it](http://www.generali.it), e-mail [info.it@generali.com](mailto:info.it@generali.com);
- è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi;
- collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto ammonta a 11.938.944.423 euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.618.628.450 euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 10.087.281.799 euro.

L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è 3,95 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

*Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza indicata in contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso*

*l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.5 "Proroga dell'assicurazione" delle condizioni di assicurazione delle Norme comuni.

### **3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

Il contratto prevede la possibilità di prestare una copertura a favore di ciascuna persona assicurata contro le malattie. È possibile inoltre integrare l'assicurazione con una copertura Assistenza.

È possibile scegliere le garanzie da attivare tra quelle disponibili nelle seguenti due sezioni:

- Sezione Malattie: Indennità per interventi chirurgici; Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico
- Sezione Assistenza (solo in abbinamento alla Sezione Malattie).

Per i dettagli delle garanzie che possono essere inserite nell'assicurazione, *e che saranno operanti unicamente se richiamate in polizza*, si rinvia agli appositi articoli delle condizioni di assicurazione della:

- Sezione Malattie: art. 3.1 e 3.3;
- Sezione Assistenza: artt. da 2.1 a 2.14.

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

*Avvertenza: nel contratto sono previste limitazioni ed esclusioni alle garanzie assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni, esclusioni e cause di sospensione sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo.* Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare ai seguenti articoli delle condizioni di assicurazione della:

- Parte Comune: art. 2.2;
- Sezione Malattie: artt. 2.2 e 2.3; riguardo quest'ultimo articolo si richiama in particolare l'attenzione a quanto previsto alle lett. a), c), r) e s);
- Sezione Assistenza: artt. 3.2, 3.3 e 3.5.

*Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede - in relazione ad alcuni eventi - franchigie, scoperti, massimali.* Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare agli appositi articoli delle condizioni di assicurazione della:

- Sezione Malattie: art. 3.2;
- Sezione Assistenza: artt. 2.4, 2.5, 2.8 e 2.10.

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

Esempio di massimale (Sezione malattie: garanzia Indennità per interventi chirurgici)

Somma assicurata di euro 25.000,00

Primo intervento indennizzabile con euro 15.000,00: indennizzo integrale;

Secondo intervento indennizzabile con euro 20.000,00: indennizzo di euro 10.000,00 (25.000,00-15.000,00)

### **4. Periodi di carenza contrattuali**

*Avvertenza: relativamente alle garanzie della Sezione Malattie è necessario che trascorrono periodi di tempo – carenze – prima che le stesse siano operanti.* Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 2.2 delle condizioni di assicurazione della Sezione Malattie.

### **5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità**

*Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare effetti sulla prestazione.* Per le relative conseguenze si rinvia all'art. 2.1 della Parte Comune delle condizioni di assicurazione.

*Avvertenza: la compilazione del questionario sanitario deve essere fatta in maniera precisa e veritiera.*

### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze relative alle dichiarazioni inesatte o alle reticenze si rinvia a quanto previsto all'articolo 2.7 della Parte Comune delle condizioni di assicurazione.

Esempio

L'Assicurato dichiara al momento di stipulazione del contratto di non essere affetto da tossicodipendenza. Se in corso di contratto ne diviene affetto ed omette di darne comunicazione, al momento del sinistro la Società applicherà quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile.

### **7. Premi**

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

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- a mezzo bancomat, ove disponibile presso l'intermediario;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;

- con assegno circolare intestato alla Società;
- con assegno bancario o postale intestato alla Società con clausola di intrasferibilità, purché l'intermediario sia disponibile ad accettare detto mezzo di pagamento;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Il Contraente può versare il premio annuo in più rate. In tal caso il premio annuo viene aumentato del 3% per rateizzazione semestrale e del 4,5% per rateizzazione trimestrale.

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

- concordando con il Contraente una durata del contratto pari o superiore a due anni;
- concordando con il Contraente l'attivazione di specifiche clausole per l'assicurazione del suo intero nucleo familiare;
- sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.

### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad indicizzazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.10 delle condizioni di assicurazione della Parte Comune.

Alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, se sono state attivate garanzie della Sezione Malattie, il relativo premio verrà aggiornato in base all'età raggiunta dall'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.1 delle condizioni di assicurazione della Sezione Malattie.

### **9. Diritto di recesso**

*Avvertenza: il contratto prevede, sia per il Contraente sia per la Società, la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata*

*Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale non rescindibile ai sensi della legge n. 99 del 23 luglio 2009 con riduzione del premio di tariffa del 5%.*

*Se la durata del contratto supera i cinque anni il Contraente, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, senza oneri.*

### **10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

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

### **11. Legge applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

### **12. Regime fiscale**

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

*Avvertenza: per le garanzie della Sezione Malattie si precisa che*

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data dell'intervento chirurgico o la data di inizio del ricovero per la garanzia Indennità giornaliera di ricovero se prevista;
- la denuncia del sinistro deve avvenire non appena se ne abbia avuta la possibilità;
- la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.

*Avvertenza: per le garanzie della Sezione Assistenza si precisa che*

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il singolo fatto o avvenimento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato;
- la denuncia del sinistro deve avvenire con le modalità e nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alle norme:

- del capitolo 4 "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione della Sezione Malattie;
- dell'art. 3.4 "Modalità per la richiesta di assistenza" delle condizioni di assicurazione della Sezione Assistenza.

*Avvertenza: la gestione dei sinistri relativi alle prestazioni della Sezione Assistenza è affidata a Europ Assistance Service S.p.A. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 3.4 "Modalità per la richiesta di assistenza" delle condizioni di assicurazione della Sezione Assistenza.*

#### **14. Reclami**

Eventuali reclami nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Generali Italia S.p.A. – Funzione Customer Service, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto, TV – fax 800.961.987, e-mail assistenza\_clienti@generali.it oppure nel sito [www.generali.it](http://www.generali.it), compilando il form presente alla voce "contact us".

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse collettivo) – Servizio Tutela degli Utenti – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma.

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'Isvap o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet:

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm)).

Resta salva la facoltà di adire all'Autorità Giudiziaria.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

#### **15. Arbitrato - Controversie**

In caso di controversia tra le Parti è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale.

*Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi in alternativa all'Autorità giudiziaria.*

In relazione al presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Eventuali istanze di mediazione nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A., Area Liquidazione, Ufficio Atti Giudiziari - Via Silvio D'Amico 40, 00145 Roma - fax 06.44494313 - e-mail: [AttiGiudiziariAreaLiquidazione.it@Generali.com](mailto:AttiGiudiziariAreaLiquidazione.it@Generali.com)

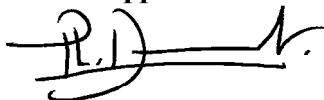
\*\*\*

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

**Generali Italia S.p.A.**

**Amministratore Delegato e Direttore Generale**

**Philippe Donnet**





Generali Italia S.p.A.

# **GENERALI DETTO FATTO**

# **ASSICURAZIONE SALUTE**

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie per l'individuo e la famiglia

Contraente :

---

Polizza n°:

Pagina lasciata intenzionalmente bianca



# PARTE COMUNE

## 1. GLOSSARIO

Nel testo che segue le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

**Assicurato**

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

**Atto terroristico**

Un 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**

La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

**Contraente**

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

**Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio**

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Intervento chirurgico**

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

*Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:*

- *le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;*
- *le semplici iniezioni.*

<b>Istituto di cura</b>	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>Nucleo Familiare</b>	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Rischio</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>Sinistro</b>	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Generali Italia S.p.A.

## 2. NORME GENERALI

### Art. 2.1

<b>Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato – Forma delle comunicazioni</b>	<p>La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.</p> <p><i>Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</i></p> <p><i>Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.</i></p>
--	--

### Art. 2.2

<b>Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione</b>	<p>L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.</i></p>
---	--

**Art. 2.3****Assicurazione presso diversi assicuratori**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

*Deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.*

**Art. 2.4****Anticipata risoluzione**

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.1 "Dichiarazioni del Contraente - Forma delle comunicazioni" e 2.7 "Persone non assicurabili", nonché per esclusione di singoli Assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

**Art. 2.5****Proroga dell'assicurazione**

*In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata 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.*

**Art. 2.6****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 ne sia stato anticipato dalla Società.*

**Art. 2.7****Persone non assicurabili**

*Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività HIV o AIDS, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.*

**Art. 2.8****Rinuncia all'azione di rivalsa**

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio o malattia, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

**Art. 2.9**

**Periodo di assicurazione – mezzi di pagamento del premio** Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferisce al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Il premio di assicurazione è di conseguenza rapportato al predetto periodo di assicurazione.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- a mezzo bancomat, ove disponibile presso l'intermediario;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno circolare intestato alla Società;
- con assegno bancario o postale intestato alla Società con clausola di intrasferibilità, purché l'intermediario sia disponibile ad accettare detto mezzo di pagamento;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

**Art. 2.10**

**Indicizzazione** Ad ogni scadenza annuale, somme assicurate, massimali, limiti di indennizzo (esclusi quelli espressi in percentuale), premio, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni dell'indice del costo della vita (indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati).

L'entità dell'adeguamento si determina ponendo a raffronto l'indice mensile pubblicato dall'ISTAT relativo al terzo mese antecedente la data di scadenza del premio e l'analogo indice relativo allo stesso mese dell'anno precedente. In caso di ritardata pubblicazione dell'indice relativo al mese come sopra individuato verrà fatto riferimento all'indice disponibile del mese antecedente più prossimo.

In ogni caso qualora dal raffronto degli indici risultasse un incremento inferiore al 2% si adotterà per adeguamento quest'ultimo valore.

A tale adeguamento non sono soggetti:

- somme assicurate, valori e premio della SEZIONE ASSISTENZA.

**Art. 2.11**

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

**Art. 2.12**

**Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte**

*Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:*

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

# SEZIONE MALATTIE

## 1. GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE MALATTIE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

### **Cartella clinica**

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, con pernottamento o in day hospital, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami ed il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

### **Day hospital**

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

### **Ricovero**

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

## 2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

### **Art. 2.1 Validità territoriale – Limiti territoriali**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### **Art. 2.2 Decorrenza della garanzia – Termine di aspettativa**

Fermo quanto previsto all'art. 2.2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione" della PARTE COMUNE, *dal giorno di effetto del contratto le garanzie della presente SEZIONE MALATTIE decorrono dalle ore 24:*

- a) dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) del sessantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto sempreché non conosciute e/o non diagnosticate al momento della stipulazione stessa;*
- d) del trecentesimo giorno successivo per il parto con taglio cesareo.*

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, in cui siano già prestate le garanzie di cui alle presente SEZIONE MALATTIE i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;

- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

*Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.*

## Art. 2.3

### Rischi esclusi

*L'assicurazione di cui alla presente SEZIONE MALATTIE non comprende:*

- a) gli interventi chirurgici ed i ricoveri che siano conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici e malformazioni conosciuti, curati e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;*
- b) il parto fisiologico (parto senza taglio cesareo) e l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- c) gli interventi chirurgici ambulatoriali – intendendosi per tali quelli sostenuti non in regime di ricovero o day hospital - ancorché effettuati all'interno di Istituti di cura;*
- d) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- e) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- f) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- g) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- h) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;*
- i) gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- j) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- k) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- l) le cure e gli interventi finalizzati alla contraccezione, al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- m) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia indennizzabili a termini di contratto;*

- n) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- o) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- p) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- r) le procedure e gli atti medici aventi esclusiva finalità diagnostica;
- s) gli interventi chirurgici per la rimozione di dispositivi impiantati per osteosintesi.

### 3. GARANZIE PRESTATE

#### Art. 3.1

#### Indennità per interventi chirurgici

La Società in caso di intervento chirurgico sostenuto in regime di ricovero o day hospital, reso necessario da malattia o infortunio, corrisponde all'Assicurato l'importo indicato nella seguente tabella in corrispondenza della classe di intervento chirurgico associata allo stesso. La classificazione degli interventi chirurgici è riportata nell'allegato "Elenco interventi chirurgici"(mod. EIC1).

L'indennizzo spettante all'Assicurato è in funzione dell'opzione indicata in polizza per la garanzia Indennità per interventi chirurgici – formula BASE ovvero formula PLUS – e corrisponde all'importo associato alla classe di intervento relativa allo stesso.

Indennizzi in euro per interventi chirurgici		
Classe di intervento	Formula BASE	Formula PLUS
I	750,00	1.000,00
II	1.250,00	1.750,00
III	2.000,00	3.000,00
IV	3.000,00	4.500,00
V	5.000,00	8.000,00
VI	10.000,00	15.000,00
VII	20.000,00	30.000,00

In caso di intervento chirurgico non specificatamente previsto nell' "Elenco interventi chirurgici" la relativa classe di intervento verrà stabilita secondo il principio di analogia ed equivalenza con l'intervento contenuto nell'elenco più corrispondente al tipo di terapia e tecnica chirurgica seguita.

*In caso di più interventi chirurgici sostenuti nel corso della stessa seduta operatoria il diritto all'indennizzo verrà riconosciuto per un solo intervento e la classe di intervento attribuita, ai fini della determinazione dell'indennizzo spettante, sarà quella corrispondente all'importo maggiore tra quelli previsti per i diversi interventi chirurgici sostenuti.*



*Qualora nel corso della stessa annualità assicurativa vengano sostenuti più interventi chirurgici per la stessa patologia sullo stesso distretto anatomico od organo, sarà ulteriormente indennizzabile esclusivamente il secondo intervento entro il limite del 50% dell'importo previsto.*

Per la determinazione dell'annualità di competenza del sinistro verrà presa a riferimento la data in cui sia stato sostenuto l'intervento chirurgico.

### Art. 3.2

**Somma assicurata** Fermo il riconoscimento degli importi previsti per singolo intervento chirurgico dal precedente articolo, le somme assicurate indicate in contratto per la garanzia Indennità per interventi chirurgici devono intendersi quali disponibilità uniche per annualità assicurativa e per persona assicurata. L'importo complessivo degli indennizzi corrisposti nel corso dell'annualità assicurativa non potrà pertanto superare per persona assicurata la relativa somma assicurata indicata in contratto.

### Art. 3.3

**Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico**

A deroga di quanto previsto dall'art. 2.3 "Rischi esclusi" della SEZIONE MALATTIE, in caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;
- parto senza taglio cesareo;

che non abbia comportato un intervento chirurgico, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero, *escluso quello di dimissione, con il massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.*

Detta indennità viene corrisposta con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:

- 50% a partire dal ventesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 50% qualora l'istituto di cura sia situato ad una distanza di oltre 50 chilometri dal comune di residenza dell'Assicurato (a tale fine si prenderà in considerazione la lunghezza del percorso stradale o ferroviario più breve).

Limitatamente al ricovero reso necessario da parto senza taglio cesareo la presente garanzia è operante:

- *fino ad un massimo di 3 giorni;*
- *dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo al giorno di effetto del contratto.*

*L'Assicurato che richieda la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero dovrà presentare a dimissione avvenuta la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.*

La Società accertato il diritto all'indennizzo provvede alla liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto.

## 4. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

### Art. 4.1

#### **Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

*In caso di sinistro indennizzabile a termini della presente SEZIONE MALATTIE, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:*

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa cartella clinica completa in copia conforme all'originale, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).*

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

### Art. 4.2

#### **Liquidazione del sinistro**

*La liquidazione viene effettuata a dimissione avvenuta e previa presentazione della documentazione prevista all'art. 4.1 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della presente SEZIONE MALATTIE.*

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo stesso che avverrà in Italia nella valuta avente corso legale.

### Art. 4.3

#### **Controversie – Arbitrato irrituale**

*In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro nonché sulla classificazione degli interventi chirurgici di cui alle garanzie della presente SEZIONE MALATTIE è facoltà delle Parti conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.*

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

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

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

## 5. NORME GENERALI

### Art. 5.1

**Aggiornamento  
annuale  
del premio in base  
all'età  
dell'Assicurato**

*Essendo la tariffa delle garanzie della SEZIONE MALATTIE basata sull'età dell'Assicurato, in occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, è previsto l'aggiornamento del relativo premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato in un aumento forfetario rispetto all'annualità precedente del 3% da applicarsi al premio relativo alle garanzie della sola SEZIONE MALATTIE.*

# SEZIONE ASSISTENZA

## 1. GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE ASSISTENZA

### Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – P.zza Trento, n. 8 – 20135 Milano, 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 della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico della Società.

### Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

### Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

## 2. PRESTAZIONI

### Art. 2.1 – Guida Sanitaria on line

*(Prestazioni operanti da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)*

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste 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.

### Art. 2.2 – Consulenza medica on line (7 giorni su 7 – h 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

**Art. 2.3****Invio di un medico generico al domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

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

**Art. 2.4****Invio di un infermiere al domicilio**

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

*Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.*

**Art. 2.5****Invio di un fisioterapista al domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

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

**Art. 2.6****Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio**

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia e come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio o dal luogo in cui si trovi per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa prescrizione provvederà alla consegna di quanto indicato dal medico curante.

*Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali e degli articoli sanitari.*

**Art. 2.7****Consegna esiti a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura

Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

*Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.*

#### Art. 2.8

##### **Consegna spesa a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero superiore a 5 giorni per infortunio o malattia, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone il compenso di 2 ore ad intervento e per un massimo di 3 invii per ogni periodo post-ricovero.

*Non è compreso in garanzia il costo dei beni acquistati che dovrà essere anticipato all'incaricato.*

#### Art. 2.9

##### **Trasporto in autoambulanza dal domicilio**

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di assistenza.

#### Art. 2.10

##### **Trasporto dal Pronto Soccorso**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno).

#### Art. 2.11

##### **Trasferimento in istituto di cura specialistico**

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà 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 tra quelli previsti all' art. 2.13 “Rientro sanitario”;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

*Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.*

**Art. 2.12****Rientro dall'istituto di cura**

*(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)*

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero per infortunio o malattia, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo – tra quelli previsti all'art. 2.13 “Rientro sanitario” - ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

**Art. 2.13****Rientro sanitario**

*(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)*

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto - rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario (*solo nei paesi europei*);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

*Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio ed i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali od internazionali.*

**Art. 2.14****Viaggio di un familiare**

*(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)*

Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura ed i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

### 3. NORME COMUNI A TUTTE LE PRESTAZIONI

**Art. 3.1****Attivazione della Struttura Organizzativa**

*Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.*

### Art. 3.2

**Limite per anno assicurativo** *Ciascuna prestazione di assistenza non è fornita più di tre volte per annualità assicurativa, fatta eccezione per le prestazioni di cui agli artt. 2.1 e 2.2 della SEZIONE ASSISTENZA.*

### Art. 3.3

**Validità territoriale** *L'assicurazione vale in tutto il mondo.*  
*Per le prestazioni di assistenza di cui agli artt. 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11 e 2.12 l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.*  
*Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.*  
*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.*

### Art. 3.4

**Modalità per la richiesta di assistenza** *Per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:*

**dall'Italia al numero verde 800 713 782**

**dall'estero al numero +39 0258 286 701**

*I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.*

*L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:*

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla GDFS;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

*Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano oppure inviare un fax al numero 02 5847 7201.*

*La Struttura Organizzativa è in funzione:*

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.1 e 2.2;*
- dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.14.*



**Art. 3.5****Esclusioni**

*L'assicurazione Assistenza non è comunque operante per:*

- a) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e tutti i fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;*
- b) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causati da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- c) gli infortuni e le altre conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni, nonché in conseguenza di azioni dolose delittuose dell'Assicurato;*
- d) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sports aerei in genere e dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- f) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- g) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto.*

**Art. 3.6****Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative**

*Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*

**Art. 3.7****Altre assicurazioni Assistenza**

*Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.*

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041/5492111 - Fax 041 942909 - [www.generali.it](http://www.generali.it) - e-mail: [info@generali.it](mailto:info@generali.it)



C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



**Condizioni di assicurazione**

**Pagina 20 di 20**

**Edizione 06.06.2014**

**Generali Detto Fatto Assicurazione Salute MIA1/04**