

Assicurazione Malattie - Rimborso spese mediche in forma completa

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: "GENERA SALUTE RSM"



Generali Italia S.p.A. - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - 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?

Il contratto è destinato all'assicurazione delle malattie e infortuni a favore dei dipendenti e collaboratori di Aziende o di associati ad Enti di varia natura.

Rimborso Spese Mediche



Che cosa è assicurato?

La copertura vale per il rimborso delle spese rese necessarie da malattie o infortunio e

sostenute in caso di:

- ✓ Intervento chirurgico con ricovero, Day Hospital o Ambulatorie;
- ✓ Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico;
- ✓ Cure Oncologiche;

Sono disponibili garanzie aggiuntive quali il rimborso a seguito di infortunio o malattia di:

- ✓ Determinate prestazioni diagnostiche e terapeutiche non collegate a ricovero;
- ✓ Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio;
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- ✓ Cure e terapie dentarie;
- ✓ Lenti correttive.



Che cosa non è assicurato?

Le principali esclusioni sono relative a:

- ✗ Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed altre relative prove ed allenamenti;
- ✗ Gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonchè in conseguenza di proprie azioni dolose diletteuse;
- ✗ Gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ✗ Le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- ✗ Le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);
- ✗ Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonchè ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- ✗ Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- ✗ Gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplastica maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;
- ✗ Le protesi dentarie e ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia;
- ✗ Le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione 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;
- ✗ Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- ✗ Degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimento o centri di cura termali, idroterapici, fisioterapici, dietetologici o del benessere;
- ✗ Ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ✗ Cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);
- ✗ I ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ✗ Le cure, gli accertamenti clinico strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S..

Alcune delle suddette esclusioni, sono, in tutto in parte, assorbibili attivando garanzie opzionali.

Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie (intendendosi per franchigia l'importo, in cifra fissa, stabilito nel contratto, che viene dedotto dall'indennizzo in caso di sinistri) e scoperti (intendendosi per scoperto la percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato), che variano a seconda delle garanzie attivate.

Per fruire delle prestazioni di polizza l'assicurato ha la possibilità di accedere ad una rete convenzionata di Strutture Sanitarie nelle quali sono previste delle franchigie e scoperti inferiori a quelli che si applicano accedendo a Strutture sanitarie non convenzionate.

Il contratto può prevedere inoltre dei periodi di carenza (periodi di tempo che devono trascorrere prima che la copertura sia operante).

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



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

In sede di stipulazione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esaustive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile). In caso di sinistro, è necessario che l'assicurato o i suoi aventi diritto presentino, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la relativa denuncia alla Società. L'inottemperanza anche ad uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo assicurativo.



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 alla Società al rilascio della polizza; i premi successivi o le rate di premio successive devono essere pagati entro il trentesimo giorno dopo quello della scadenza. E' possibile pattuire frazionamenti di premio a fronte di maggiorazioni dello stesso. Il premio è comprensivo di imposte. Qualora il premio sia convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili può essere previsto un conguaglio, a debito o a credito del Contraente, al termine di ciascuna annualità assicurativa. Il premio deve essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti previsti dalla legge (750,00 euro).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dal giorno e ora indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del tredicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento. La copertura dura un anno e, in mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

In generale, la copertura opera per i sinistri verificatisi in corso di efficacia del contratto e fino alla scadenza dello stesso. Per le prestazioni connesse ad un ricovero la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. Per le altre prestazioni la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.



Come posso disdire la polizza?

In generale, per disdire la polizza il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento all'Agenzia cui è assegnato il contratto o alla Società. In specifico, il Contraente può recedere dal contratto al termine di ciascuna annualità di durata dello stesso, spedendo la disdetta almeno 30 giorni prima del termine rispettivamente previsto.