

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie CASSA MUTA PRUNAS
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.ed. 07/2023)

CONTRAENTE: CASSA MUTUA PRUNAS
NUMERO POLIZZA: 430769577

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- DIP DOCUMENTO INFORMATIVO RELATIVO AL PRODOTTO ASSICURATIVO;
- DIP AGGIUNTIVO DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI ASSICURATIVI DANNI
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DELLE DEFINIZIONI.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set Informativo.

UN CONTRATTO SEMPLICE E CHIARO: IL CONTRATTO È REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI” COORDINATO DALL’ANIA.

ULTIMO AGGIORNAMENTO: 04.07.2023



Art. 1 Definizioni

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione
Assicurazione	Il contratto Generali Salute RSM (Mod. M85/854)
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Centrale Operativa Medica	La struttura 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 "in rete convenzionata" dal contratto
Chirurgia stomatologica ricostruttiva	gli interventi eseguiti per ricostruire strutture della bocca.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione: CASSA MUTUA PRUNAS
Convenzioni vita	convenzioni previdenziali individuali e collettive contraddistinte dai n. 885°-885K-910B-910C.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14
Grandi Interventi Chirurgici	sono quelli elencati all'art. 28 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, o altri che, per complessità o per tecniche operatorie adottate, siano ad essi equiparabili.
Grave Malattia	alterazione delle normali condizioni di salute dell'individuo, in conseguenza della quale si verificano gravi ed irreversibili turbe della funzione e/o struttura di uno o più organi. Per la presente polizza, sono considerate in garanzia le gravi malattie elencati nell' art. 29.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza

Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Le prestazioni chirurgiche, senza degenza, effettuate in ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici
Malattia oncologica	La 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
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 30 anni di età.
Paradontopatie	si intendono le patologie che colpiscono l'apparato di sostegno del dente.
Personale infermieristico	addetti preposti all'assistenza e forniti di specifico diploma.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dallo stato italiano

CHI ASSICURIAMO

Art. 2 Assicurati

L'assicurazione è prestata nei confronti dei Soci della Cassa Mutua Prunas del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale suddivisi nei seguenti gruppi:

A) SOCI NON ADERENTI CONVENZIONI VITA

B) SOCI SENZA ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

C) CONIUGI SENZA ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

D) SOCI CON ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

E) SOCI E RELATIVI CONIUGI CON ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

F) FIGLI DEI SOCI A CONVIVENTI MA NON FISCALMENTE A CARICO

G) FIGLI DEI SOCI B-C-D-E CONVIVENTI MA NON FISCALMENTE A CARICO

A maggior precisazione degli Assicurati sopraindicati, l'assicurazione è operante, purchè in regola con i pagamenti:

- per quei Soci e relativi coniugi che siano posti in pensione per raggiunti limiti di età (cioè 65 anni) purché abbiano aderito alle Convenzioni vita;
- per quei Soci e relativi coniugi che siano o non siano posti in pensione non per raggiunti limiti di età purché abbiano aderito alle Convenzioni vita e si impegnino a versare regolarmente i premi fino al compimento del loro 65° anno di età sia per la presente polizza che per la polizza Vita, attuativa delle Convenzioni vita;
- per i dipendenti M.A.E. comandati a prestare servizio presso altre Amministrazioni Pubbliche o posti temporaneamente fuori ruolo purché iscritti regolarmente alla Prunas da almeno un anno;
- per i coniugi superstiti purché paghino i premi relativi alla categoria di appartenenza (A-C-E);
- per i dipendenti di altre Amministrazioni Pubbliche comandati a prestare servizio presso il M.A.E. purché iscritti regolarmente alla Prunas da almeno un anno;
- per i dipendenti della Cassa Mutua Prunas;
- per i Soci aggregati di un Socio Prunas

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei registri o dei libri di amministrazione del Contraente.



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e verificatisi nell'anno assicurativo.

Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi

Art. 4 Ricovero per Intervento Chirurgico e Ricovero senza Intervento Chirurgico

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

Intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero (compreso Day Surgery) o di ricovero senza intervento chirurgico (compreso Day Hospital), resi necessari da infortunio, malattia, parto, aborto spontaneo o post-traumatico, assicura, sino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza e fermi i limiti indicati al successivo articolo 4.1, il rimborso delle seguenti spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

A. nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per:

esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero;

B. durante il ricovero, per:

- a) onorari dell'équipe medica;
- b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
- c) rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- d) assistenza infermieristica privata.

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di un'indennità giornaliera, per ciascun giorno di ricovero, pari a € 50,00 elevata a:

- € 75,00 in caso di Gravi Malattie, fino ad un massimo di 60 giorni (operante per i soci di età non superiore a 75 anni appartenenti alle categorie B – C – D – E ed i figli della categoria G);
- € 100,00 in caso di Grande Intervento Chirurgico, fino ad un massimo di 90 giorni sino al compimento del 90° anno di età e con un massimo di 60 giorni dal 90° al 100° anno di età.

Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero si considerano un solo giorno.

C. trasporto in ambulanza

D. nei 90 giorni successivi al ricovero per:

esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico.

In caso di trapianto di organo, sono comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il

prelievo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

La garanzia opera anche in caso di:

1. intervento chirurgico ambulatoriale e di ricoveri per interventi chirurgici riguardanti cataratta, gastroscopia e/o colonscopia. In questo caso la Società, fermi i limiti riportati nel successivo articolo 5, rimborsa esclusivamente le spese previste al punto B) che precede.
2. Chemioterapia oncologica e radioterapia tumorale, effettuate sia ambulatorialmente che in regime di Day Hospital

In caso di decesso dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, avvenuto in luogo diverso dalla sua abituale residenza, la Società rimborsa le spese per il trasporto della salma fino al 50% delle spese sostenute e documentate con il limite di € 1.000,00.

Ci sono limiti di copertura

FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

La Società rimborsa le spese sanitarie di cui al punto B) Oggetto della garanzia, con i seguenti limiti:

Per i Soci della categoria A) ed i relativi figli assicurati nella categoria F) della Tabella 1 che segue:

- a) fino a € **2.000,00** nei casi di ricovero per: parto cesareo, interventi chirurgici riguardanti appendiciti, adenoidi, tonsille, varici, ernie, emorroidi;
- b) fino a € **700,00** nei casi di parto senza taglio cesareo o di interventi chirurgici ambulatoriali;
- c) fino a € **1.200,00** nei casi di ricovero per interventi chirurgici di cataratta e per interventi chirurgici eseguiti tramite gastroscopia e/o colonscopia;
- d) fino a € **150,00** in caso di ricovero del neonato entro i suoi primi 30 giorni di vita;
- e) in caso di ricovero in struttura privata che non abbia dato luogo ad intervento chirurgico:
 - fino a € **350,00** onnicomprensivi per ciascun giorno di degenza;
 - fino a € **500,00** onnicomprensivi per ciascun giorno di degenza in caso di patologie tumorali o degenza in terapia intensiva.

Per i Soci della categoria B)-C)-D)-E) ed i figli assicurati nella categoria G) della Tabella 1 e Tabella 2 e Soci A della Tabella 2, che seguono:

- f) fino a € **3.000,00** nei casi di ricovero per parto cesareo;
- g) fino a € **1.000,00** nei casi di ricovero per parto senza taglio cesareo;
- h) fino a € **1.700,00** nei casi di ricovero per interventi chirurgici di cataratta e per interventi chirurgici eseguiti tramite gastroscopia e/o colonscopia;
- i) fino a € **2.000,00** nei casi di ricovero per interventi chirurgici riguardanti appendiciti, adenoidi, tonsille, varici, ernie, emorroidi, ragadi anali;

- j) fino a € **800,00** nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali;
- k) fino a € **300,00** in caso di ricovero del neonato entro i suoi primi 30 giorni di vita;
- l) in caso di ricovero in struttura privata che non abbia dato luogo ad intervento chirurgico:
- fino a € **350,00** onnicomprensivi per ciascun giorno di degenza per i Soci di età non superiore a 80 anni;
 - fino a € **500,00** onnicomprensivi per ciascun giorno di degenza in caso di grave malattia o degenza in terapia intensiva per i soci di età non superiore ai 75 anni;
 - fino a € **500,00** onnicomprensivi per ciascun giorno di degenza in caso di patologie tumorali o degenza in terapia intensiva per i soci di età superiore ai 75 anni sino all'età di 80 anni;

Sulle prestazioni di cui al precedente art. 4. verrà applicato uno **scoperto del 25%** con il minimo, per ciascuna richiesta di rimborso, di:

- ❖ € **1.000,00** per i Soci delle categorie B-C-D-E ed i relativi figli della categoria G delle Tabelle 1 e 2 che seguono
- ❖ € **1.000,00** per i Soci della categoria A della tabella 2 che segue
- ❖ € **1.500,00** per i Soci della categoria A ed i relativi figli della categoria F.

Lo scoperto non sarà applicato:

- sulle prestazioni indicate alle lettere a), b), c), d), e), f), g), h), i), j) del presente articolo;
- qualora l'Assicurato si sia avvalso, in forma diretta o indiretta, del Servizio Sanitario Nazionale;

Art. 5 Alta Diagnostica

Che cosa è assicurato

Nel caso di prestazione sanitaria al di fuori o indipendente da un ricovero la Società rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio per:

1. ANGIOGRAFIA,
2. ARTERIOGRAFIA,
3. CISTOGRAFIA
4. CORONAROGRAFIA,
5. DOPPLER,
6. ECOCARDIOGRAFIA,
7. ELETTROMIOGRAFIA,
8. ENDOSCOPIA,
9. ESAME URODINAMICO COMPLETO,
10. HOLTER,
11. RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN),
12. SCINTIGRAFIA,
13. TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET),
14. TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC),
15. UROGRAFIA

sino al compimento del 75° anno di età

1. ANGIOGRAFIA,
2. ARTERIOGRAFIA,
3. ECOCARDIOGRAFIA,
4. ESAME URODINAMICO COMPLETO,
5. HOLTER,
6. RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN),
7. SCINTIGRAFIA,
8. TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET),
9. TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)

dal 75° al 90° anno di età'

La Società rimborsa fino alla concorrenza della somma di:

- € 800,00 per persona e per anno assicurativo per i soci appartenenti alle categorie B, C e G della Tabella 1 ed A, B, C e G della Tabella 2 che seguono
- € 1.500,00 per nucleo e per anno assicurativo per i soci appartenenti alle categorie D e E della Tabella 1 e della Tabella 2 che seguono

Ci sono limiti di copertura

Le spese indennizzabili saranno risarcite, per ciascuna richiesta di rimborso per ciascun assicurato e per accertamenti relativi alla stessa patologia, previa detrazione di uno scoperto:

- del 25% delle spese stesse, con il minimo di € 50, sino al 75° anno di età;
- del 25% delle spese stesse, con il minimo di € 80, dal 75° anno al 90° di età

Tale estensione di garanzia non vale per le persone aderenti alla categoria A della Tabella 1 che segue.

Art. 6 Somme assicurate – Premi – Regolazione del premio

Che cosa è assicurato

La Società assicura il rimborso delle spese sanitarie indicate all'art. 4, sino alla concorrenza dei massimali sottoindicati [Tabella 1 e Tabella 2], salvo quanto previsto per le singole prestazioni di cui alle

lettere da a) a l) , complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nel periodo assicurativo annuo per:

- ciascuno dei soci appartenenti ai gruppi A, B, C, F e G
- il nucleo familiare dei soci appartenenti ai gruppi D ed E

Tabella 1

Soci appartenenti al Gruppo:	MASSIMALI		PREMIO LORDO ANNUO
	Ricovero e intervento senza ricovero	Grande Intervento Chirurgico (art. 23)	
A	25.000,00		Per persona 204,00
B	30.000,00	60.000,00	Per persona 750,00*
C	30.000,00	60.000,00	Per persona 750,00
D	45.000,00	90.000,00	Per nucleo 1.950,00*
E	100.000,00	200.000,00	Per nucleo 2.352,00*
F	20.000,00	20.000,00	Per persona 600,00
G	20.000,00	20.000,00	Per persona 660,00

* i premi indicati per le categorie B,D,E sono comprensivi della quota base di cui al Gruppo A

Per i Soci che abbiano raggiunto il 65° anno di età e che abbiano aderito all'estensione dell'età assicurata sino al 100° anno di età la Società assicura il rimborso delle spese sanitarie indicate all'art. 4, sino alla concorrenza dei massimali sottoindicati [Tabella 2], salvo quanto previsto alle singole prestazioni, complessivamente per uno o più sinistri avvenuti nel periodo assicurativo annuo per:

- ciascuno dei soci appartenenti ai gruppi A), B), C), D)
- per il Socio e l'eventuale coniuge appartenenti al gruppo E)

N.B.:

Per i Soci della categoria A l'assicurazione è valida sino al compimento dei 70 anni, fermo quanto previsto dal successivo art. **Art.8 Permanenza in assicurazione – Limiti di età**

Limitatamente a questa categoria il massimale di cui alla tabella 1) è da intendersi come totale per anno assicurativo

Per i Soci delle categorie B-C-D-E l'assicurazione è valida sino al compimento dei 65 anni, fermo quanto previsto dal successivo art. **Art.8 Permanenza in assicurazione – Limiti di età**

Tabella 2

Gruppi	Età	MASSIMALI		PREMIO LORDO AN- NUO
		Ricovero e inter- vento senza ricovero	Grande Intervento Chirurgico (art. 22)	
A	65°-75°	30.000,00	60.000,00	€ 1.350,00 per il Socio € 1.608,00 per il coniuge
	75° - 80°	20.000,00	20.000,00	
	80° - 90°	10.000,00	20.000,00	
	90°-100°	Diaria giornaliera € 50,00 con un massimo di 30 gg. per sinistro e per anno assicurato	20.000,00	
B e C	65°-75°	30.000,00	60.000,00	Per persona € 1.152,00
	75° - 80°	20.000,00	20.000,00	
	80° -90°	5.000,00	20.000,00	
	90°-100°	Diaria giornaliera € 50,00 con un massimo di 30 gg. per sinistro e per anno assicurato	20.000,00	
D	65°-75°	45.000,00	90.000,00	Per persona € 1.350,00
	75° - 80°	30.000,00	30.000,00	
	80° - 90°	10.000,00	30.000,00	
	90°-100°	Diaria giornaliera € 75,00 con un massimo di 30 gg. per sinistro e per anno assicurato	30.000,00	
E	65°-75°	100.000,00	200.000,00	€ 2.004,00 con massimale per persona € 2.400,00 con massimale per due persone
	75° - 80°	45.000,00	45.000,00	
	80° - 90°	15.000,00	45.000,00	
	90° - 100°	Diaria giornaliera € 100,00 con un massimo di 30 gg. per sinistro e per anno assicurato	45.000,00	

N.B.: il massimale per il Grande Intervento Chirurgico delle tabelle che precedono è da intendersi come massimale totale e non come aggiuntivo a quello per il Ricovero e l'Intervento senza ricovero.

Per gli assicurati di cui alla tabella 2) sono comprese in garanzia sino al compimento del 75° anno di età le gravi malattie (art. 4) e sino al 90° anno di età l'alta diagnostica (art. 5)

Il premio risultante dal conteggio esposto in polizza, calcolato in base ai premi unitari suindicati applicati al numero dei Soci appartenenti a ciascun gruppo, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base ad elementi di rischio variabili per i soli Soci della categoria A) e per le altre categorie degli Assicurati viene pagato direttamente dai Soci aderenti, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Entro 60 giorni dal termine dell'annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare alla Società le variazioni in aumento e in diminuzione intervenute nel numero dei Soci appartenenti a ciascun gruppo.

Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di cessazione del contratto per qualsiasi motivo (eccetto la sostituzione con altro contratto soggetto a regolazione), se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.



Che cosa NON è assicurato?

Art. 7 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S, infermità mentali ; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In tal caso non può essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il manifestarsi delle suddette malattie, premi che verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art.8 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

A far data dal 30.12.2010, l'età massima di ingresso nelle categorie B, C, D ed E di cui alla tabella 1 è di 60 anni.

Nei confronti solo ed esclusivamente degli assicurati già aderenti alle Convenzioni vita alla data del 30/12/2006 ed appartenenti ai gruppi B, C, D ed E indicati all'art. 2 che precede e che non abbiano aderito all'estensione a 90 anni dell'età assicurata, il limite di età è elevato a 75 anni, alle condizioni previste per i Soci del gruppo A) indicato all'art. 2 che precede e con un massimale annuo per persona di € 15.000,00.

Per i Soci appartenenti alla **categoria A** (iscritti alla data del 31.12.2023) indicati nell'art. 2 che precede,

il limite di età è elevato a 100 anni alle condizioni indicate di seguito:

- chi non ha compiuto 60 anni potrà aderire passando ad una categoria di soci volontari (B-C-D-E) e sottoscrivendo contestualmente una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intende assicurare.
- chi ha più di 60 anni potrà aderire delle tabella 2) del precedente art. 5 e sottoscrivendo contestualmente una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intende assicurare.

Per i Soci appartenenti alle **categorie B, C, D ed E** (iscritti alla data del 31.12.2023) indicati all'art. 2 che precede, il limite di età è elevato a 100 anni alle condizioni indicate di seguito:

- chi non ha compiuto 60 anni ed è ancora in servizio attivo potrà aderire a condizione che sottoscriva una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intende assicurare.
- Il coniuge del socio iscritto alla categoria D) che ha compiuto 60 anni potrà aderire a condizione che sottoscriva una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intende assicurare l'anno per un minimo di 3 anni e che il nucleo familiare passi alla categoria superiore E);
- **Chi è iscritto alle categorie B-C-D-E alla data del 31.12.2023**, in caso di dimissione e successiva iscrizione alla polizza malattia Prunas per potere aderire all'estensione a 100 anni dovrà sempre sottoscrivere una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intende assicurare

Dal 31.12.2023 i Soci Prunas nuovi iscritti alla presente polizza saranno assicurati sino a 100 anni alle seguenti condizioni:

- chi non ha compiuto il 60° anno di età e potrà iscriversi alle categorie B, C, D ed E pagando i premi della categoria scelta di cui alle tabelle 1) e 2) del precedente art 6
- chi ha compiuto il 60° anno di età e potrà iscriversi alla categoria A) o alla categoria e pagando i relativi premi delle tabella 2) del precedente art. 6 e sottoscrivendo contestualmente una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intende assicurare.

I soci iscritti alle categorie B-C-D-E attualmente posti in pensione per qualsiasi motivo potranno aderire alla estensione sino a 100 a condizione che sottoscrivano una polizza di capitalizzazione a premio unico di € 10.000,00 o di € 4.000,00 a premio annuo per un minimo di 3 anni per ogni persona che intendono assicurare

Art 9 Movimentazione Assicurati

Fermo restando che l'assicurazione non è operante per le persone che si trovino nelle condizioni di non assicurabilità di cui al Art. 10, per le persone che, acquisito il diritto all'assicurazione o venuto meno lo stesso in corso di annualità assicurativa, entrano in garanzia dopo la data di effetto della polizza o escono prima della scadenza annuale della medesima, deve essere corrisposto:

- l'intero premio annuo, se il periodo assicurato nell'annualità è pari o superiore a 180 giorni;
- il 50% del premio annuo, se il periodo assicurato nell'annualità è inferiore a 180 giorni.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 10 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;



ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici: **piattismo bilaterale, scoliosi, alluce valgo, varismo delle ginocchia, anca valga, piede torto**

- e) l'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico documentato da certificato di pronto soccorso, anche se abbinato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- g) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- h) prestazioni mediche, trattamenti e interventi chirurgici aventi finalità estetiche nonché tutte le cure ad essi collegabili o conseguenti a precedenti interventi chirurgici o cure a fine estetico. Fanno eccezione alla presente esclusione le prestazioni aventi finalità ricostruttiva conseguenti ad infortunio o 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;



ATTENZIONE: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono interventi estetici: **mastoplastica, blefaroplastica, aspirazione della cute e del tessuto cutaneo, rinoplastica, trapianto di capelli, liposuzione, addominoplastica, cisti adipose, chirurgia bariatrica** con indice di massa corporea minore di 30 BMI, comprese **le relative terapie dietologica e dietoterapica.**

- i) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia, quando non siano rese necessarie da infortunio;
- j) 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;

- k) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- l) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- m) 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;
- n) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- o) i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- p) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.



Dove vale la copertura?

Art. 11 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 12 Oneri

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

Art. 13 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

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

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 14 Obblighi del Contraente

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

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

Il Contraente si impegna a fornire a Generali Italia nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli Assicurati al momento dell'entrata in copertura. Il Contraente si impegna a comunicare agli Assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

Generali Italia avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 15 Comunicazione tra le parti

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto e trasmesse esclusivamente in formato elettronico tramite posta elettronica certificata (PEC) o e-mail all'indirizzo dell'agenzia alla quale è assegnata la Polizza o all'indirizzo di Generali Italia, presso la propria sede legale.

Le comunicazioni alle quali è tenuta Generali Italia in esecuzione del contratto devono essere fatte per iscritto e trasmesse esclusivamente in formato elettronico tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) o e-mail presso gli indirizzi concordati con il Contraente nell'ambito dell'Accordo quadro in materia di distribuzione assicurativa.

Resta ferma la facoltà del Contraente di richiedere in alternativa la trasmissione di tutte le comunicazioni in formato cartaceo.

Art. 16 Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, allegata a queste Condizioni di Assicurazione (GIPRY) ed a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Art. 17 Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure a Generali Italia.

Salvo quanto sotto disciplinato il Premio si intende pagato con la consegna della somma corrispondente al Premio stesso.


Se il **Contraente** non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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 al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo. Nei limiti previsti dalle norme vigenti, il premio può essere pagato con i seguenti mezzi:

- 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 del 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 (SDD) o carta di credito; salvo buon fine degli addebiti, per la prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA o del conferimento dell'autorizzazione permanente all'addebito su carta di credito; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza;
- se il premio è addebitato su conto corrente (SDD) o carta di credito 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 trentesimo 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'annualità. In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD o della carta di credito indicata, il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia;

- 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 postale 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.

 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 18 Entrata in vigore dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dal giorno e dalle ore indicati in Polizza se a tale data il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze stabilite in Polizza.

Art 19 - Termini di aspettativa

Dal giorno effetto del contratto la garanzia decorre dalle ore 24,00:

- **Per i Soci di cui al gruppo A) ed i relativi figli assicurati nella categoria F):**
 - Dello stesso giorno per gli infortuni;
 - per le malattie: dal 60° giorno successivo;
 - per l'aborto terapeutico: dal 90° giorno successivo;
 - per le conseguenze di malattie, esiti di infortuni preesistenti alla decorrenza della garanzia: dal 365° giorno successivo;
 - per il parto e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio: dal 365° giorno successivo.
- **Per i Soci di cui ai gruppi B),C),D),E) ed i relativi figli assicurati nella categoria F):**
 - Dello stesso giorno per gli infortuni;
 - per le malattie: dal 60° giorno successivo;
 - per l'aborto terapeutico: dal 90° giorno successivo;
 - per le conseguenze di malattie, esiti di infortuni preesistenti alla decorrenza della garanzia: dal 120° giorno successivo;
 - per il parto e le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio: dal 180° giorno successivo.

- Per l'aborto spontaneo o post-traumatico, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 60 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.



Come posso disdire la polizza?

Art. 20 Proroga dell'assicurazione

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

L'eventuale disdetta va esercitata dal Contraente o da Generali Italia almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:

- posta elettronica certificata (PEC);
- lettera raccomandata.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 21 Reti convenzionate

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici e Studi Odontoiatrici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con **costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie o scoperti di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.**

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 1).



ATTENZIONE: gli Assicurati devono attivare la Centrale Operativa in caso di intervento chirurgico da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia.

Art.22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

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

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.
- idonea certificazione di iscrizione alla Prunas e di appartenenza all'organico del personale impiegatizio dello Stato che presti servizio presso le sedi del M.A.E. (o di ex appartenenza per quei Soci che siano in pensione), da fotocopia di un documento di identità e dall'indicazione del proprio codice fiscale.

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

Art. 23 Criteri di liquidazione

Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, **previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.**

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, Generali Italia effettua il pagamento all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto in cui è indicato l'indirizzo e la documentazione inerente il sinistro, **oppure tramite internet.** Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo <https://areaclienti.spesemediche.generali.it/> .

Art. 24 Controversie

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

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

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

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

Art. 25 Rimborso da Enti

Se l'Assicurato ha ricevuto o deve ricevere un rimborso da altro ente assistenziale o da altra assicurazione per una medesima prestazione presente in questo contratto, deve fornire a Generali Italia evidenza degli importi ricevuti o che gli verranno riconosciuti. Generali Italia effettua il pagamento della prestazione richiesta in base a quanto previsto dal contratto sulle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e comunque fino ad un importo che sommato a quanto già indennizzato da altro ente o assicuratore non ecceda il costo sostenuto per quella prestazione.

Art. 26 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

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

- a) In caso di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva delle condizioni di assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui all'art 4.1 delle condizioni di assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 27 Lingua in cui è redatto il contratto

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

Art.28 Elenco Grandi interventi Chirurgici

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C. – Circolazione Extra Corporea)

Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)

Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti

Cisti del cuore o del pericardio

Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi

Fistole arterovenose del polmone, interventi per

Pericardiectomia totale

Reintervento con ripristino di C.E.C.

Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)

Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)

CHIRURGIA GENERALE

Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo

Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava

Colectomia totale (compresa eventuale stomia)

Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)

Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia

Coledoco-epatico-digiunoduodenost. con o senza colecistectomia

Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia

Emicolectomia sinistra con linfadenect. ed eventuale colostomia

Emicolectomia destra con linfadenectomia

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia

Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia

Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
Gastrectomia parziale con linfadenectomia
Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Pancreatite acuta, interventi demolitivi
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
Resezioni epatiche maggiori
Retto, amputazione del, con linfadenectomia
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Bilobectomie, intervento di
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomia associate
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
Neoplasie maligne della trachea
Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
Pneumonectomia
Resezione bronchiale con reimpianto
Resezione segmentaria o lobectomia
Resezioni segmentarie tipiche
Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
By-pass aorto-renale, aorto-mesent. o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale

Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

GINECOLOGIA – OSTETRICIA

Eviscerazione pelvica

Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia

Isterect. radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia

Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per

Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

NEUROCHIRURGIA

Anastomosi vasi intra-extra cranici

Ascesso o ematoma intracranico, intervento per

Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni

Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, intervento di

Corpo estraneo intracranico, asportazione di

Craniotomia per ematoma extradurale

Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali

Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per

Ernia del disco dorsale per via trans-toracica

Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie

Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica

Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente

Ipfisi, intervento per via transfenoidale

Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari

Laminectomia per tumori intramidollari

Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)

Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di

Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endocranico

Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)

Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica

Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche

Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica

Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili

Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per

Traumi vertebro-midollari via posteriore

Tumore orbitale, asportazione per via endocranica

Tumori della base cranica, intervento per via transorale

ORTOPEDIA

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Artrodesi vertebrale per via posteriore

Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore

Artroprotesi: spalla, totale

Artroprotesi: anca totale

Artroprotesi: ginocchio

Disarticolazione interscapolo toracica

Disarticolazioni, grandi

Emipelvectomia

Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto

Ernia del disco dorsale per via transtoracica

Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie

Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica

Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)

Reimpianti di arto o suo segmento

Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia

Scoliosi, intervento per

Spalla, resezioni complete secondo Tikhor-Limberg

Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale

Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di

OTORINOLARINGOIATRIA

Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale

Laringofaringectomia totale

Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)

Neoplasie parafaringee benigne

Nervo vestibolare, sezione del

Neurinoma dell'ottavo paio

Petrosectomia

Stapedectomy

Stapedotomia

Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale

UROLOGIA

Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder

Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovescicululectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
Eminefrectomia
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per

Neovescica ileale, colica, ileocolica
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocevale
Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

TRAPIANTI D'ORGANO TUTTI

Art. 29 Elenco Gravi Malattie

Neoplasie maligne
Infarti del miocardio
Ictus cerebrale
Insufficienza renale
Cardiopatía coronaria
Patologie che necessitano di trapianto d'organo
Ustioni di terzo grado con estensione ad almeno il 20% del corpo
Gravi traumatismi comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Sommario

Art. 1 Definizioni	4
Art. 2 Assicurati	6
Art. 3 Rischi assicurati	6
Art. 4 Ricovero per Intervento Chirurgico e ricovero senza Intervento Chirurgico	7
Art. 5 Alta Diagnostica	9
Art 6 Somme Assicurate - Premi - Regolazione del premio	10
Art. 7 Persone non assicurabili	162
Art. 8 Permanenza in assicurazione – Limiti di età	162
Art. 9 Movimentazione Assicurati	163
Art. 10 Esclusioni	164
Art. 11 Validità territoriale	175
Art. 12 Oneri	175
Art. 13 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	15
Art. 14 Obblighi del Contraente	186
Art. 15 Comunicazione tra le parti	196
Art. 16 Riservatezza dei dati personali	196
Art. 17 Pagamento del premio	196
Art. 18 Entrata in vigore dell'assicurazione	207
Art. 19 Termini di aspettativa	207
Art. 20 Proroga dell'assicurazione	208
Art 21 Reti Convenzionate	18
Art. 22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richieste di rimborso)	19
Art. 23 Criteri di liquidazione	19
Art. 24 Controversie	19
Art. 25 Rimborso da Enti	19
Art. 26 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza	20
Art. 27 Lingua in cui è redatto il contratto	20
Art. 28 Elenco Grandi Interventi Chirurgici	20
Art. 29 Elenco Gravi Malattie	24

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

Attivazione della Centrale Operativa

L'Assicurato ha la possibilità di utilizzare le strutture della rete convenzionata attivando la Centrale Operativa con uno dei seguenti canali a sua scelta:

- Telefonico: chiamate dall'Italia o dall'estero al **+39.02.82951133, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00**
- Tramite portale Web raggiungibile all'indirizzo <https://areaclienti.generali.it>
- Tramite l'App My Generali

L'autorizzazione da parte della Centrale Operativa ad effettuare la prestazione in rete comporta il servizio di pagamento diretto da parte della Compagnia alla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

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

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

ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

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

La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, al numero sopra indicato.

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

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

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

E' necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo ricoveri.it@generali.com o allegghi alla denuncia se fatta tramite il canale on line **la prescrizione medica con i seguenti elementi** (Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario):

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

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

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 72 ore successive** autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

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

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

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

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

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

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

ACCESSO AI SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI (accertamenti diagnostici / visite specialistiche / prestazioni odontoiatriche / trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 3 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

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

- nome e cognome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**. Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 72 ore successive** la struttura convenzionata (ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia l'Assicurato.

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

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia una copia delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni effettuate.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

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

CONTRAENTE

GENERALI ITALIA SPA
Agenzia Generale di Tivoli Viale Trieste

Il Contraente dichiara inoltre di avere preso piena conoscenza e di approvare specificatamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile le disposizioni contrattuali qui richiamate:

Art. 4 – FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

in caso di:

- ricovero per parto cesareo, appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi, ragadi anali
- interventi chirurgici ambulatoriali
- parto senza taglio cesareo
- ricovero senza intervento

Art.7 Persone non assicurabili e 8 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Cause di non assicurabilità: alcoolismo, tossicodipendenza A.I.D.S., infermità mentali. Cessazione della garanzia al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto o alla scadenza annuale successiva per gli assicurati che compiano 75 anni o 100 anni

Art.22 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

CONTRAENTE

Il presente contratto è stato perfezionato a _____ il _____

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti, anche nel caso di registrazione in videoconferenza/audioconferenza ai fini della vendita a distanza, o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) e dall'Agente sottoindicato (di seguito anche "Agente") anche disgiuntamente, in relazione alle diverse attività che i due contitolari possono svolgere ciascuno nel proprio ambito sia per legge che per accordi e convenzioni tra gli stessi, in qualità di Contitolari del trattamento, basandosi tale contitolari sulla condivisione dei dati e delle finalità del trattamento, nell'ambito del Profilo Cliente, della consulenza e dell'offerta assicurativa, inclusi i preventivi assicurativi che

predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere; (v) per l'esercizio e la difesa di diritti dei contitolari; (vi) per l'adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali; (vii) per la gestione e controllo interno; (viii) per attività statistiche (2). La informiamo, inoltre, che il trattamento dei suoi dati personali per le finalità di cui

ai punti (i), (ii), (iii), (v), (vi) e (vii) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e dell'Agente e/o all'esecuzione dei contratti in essere, nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante la video/audioconferenza; mentre per le finalità di cui alla lettera (iv), (v) e (viii) il trattamento dei suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia e dell'Agente a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, all'esercizio e difesa di propri diritti e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate da (i) a (viii) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto

conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia e all'Agente di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

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

automatizzate rivolgendosi a:

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

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

Tempi di conservazione dei dati

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

La informiamo, che, in caso di risoluzione del rapporto tra Generali Italia spa e l'Agente, i suoi dati personali potranno continuare ad essere utilizzati dalla Compagnia e dall'Agente, disgiuntamente e autonomamente, per le finalità sopra indicate.

Comunicazione dei Dati

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

Trasferimento dei dati all'estero

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

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

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

NOTE:

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

I miei consensi privacy

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

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

(Firma)

