Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A FAVORE DEI SACERDOTI
CHE SONO COMPRESI NEL SISTEMA DI SOSTENTAMENTO DEL CLERO

(Mod. M85/854.ICSC01 - ed. 12/2025)

N. Polizza 410769325

GENERALI

Mod. M85/854.ICSC01 - ed. 12/2025

Contraente PREVIGEN ASSISTENZA

Associato
ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO

Società Assicurativa
GENERALI ITALIA S.p.A.

Data ultimo aggiornamento: 12/12/2025

GLOSSARIO

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e cioè: i Vescovi, i Vescovi emeriti e i Sacerdoti secolari e religiosi che prestano servizio a tempo pieno in favore della rispettiva Diocesi e che sono compresi nel Sistema di Sostentamento del Clero, i Sacerdoti secolari compresi nel Sistema di Previdenza Integrativa ed Autonoma gestito dall'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria Struttura Organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro.
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.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital	Degenza senza pernottamenti in Istituti di cura pubblici o privati.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata a intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.
Istituto di Cura	Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. *Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche*. Limitatamente alle prestazioni di Assistenza a domicilio e Assistenza Ospedaliera sono assimilati agli Istituti di cura anche i centri residenziali di cure palliative (hospice).
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n. 209). Istituito con la Legge n° 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".
Lungodegenza	Ricovero di pazienti affetti da patologie non sufficientemente stabilizzate dal punto di vista clinico, che necessitano di una assistenza sanitaria e infermieristica continuativa presso ambiente ospedaliero, al fine di una stabilizzazione clinica e del raggiungimento di un maggior grado di autonomia.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Polizza	Il documento che comprova il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia.
Protesi	Artifizio tecnico che ha lo scopo di sostituire la funzione di un organo o di migliorarne le prestazioni.
Ricovero (Degenza)	La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto	La parte di danno indennizzabile espressa in misura percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.
Società o Compagnia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marocchesa 14.
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.

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 Altre Assicurazioni

Eventuali rimborsi percepiti dall'Assicurato in virtù di altre polizze, anche se da lui non sottoscritte e/o pagate direttamente, non saranno presi in considerazione dalla Società.

Art. 3 Modifiche dell'assicurazione

Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 Variazioni di rischio

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le variazioni nel numero e nei dati anagrafici delle persone assicurate. Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute.
In attesa della predetta comunicazione, la Società estende comunque le garanzie previste dall'art.9 – Oggetto della garanzia alle persone che posseggono i requisiti di "Assicurato" ai sensi di quanto indicato nella relativa definizione contenuta nel glossario, fino alla mensilità successiva.
La mancata comunicazione anche nella mensilità successiva comporta la decadenza dal diritto a qualsiasi indennizzo.
Nel caso di variazioni comportanti aumento di premio, il Contraente si impegna a corrispondere il relativo importo entro i 15 giorni dalla data di presentazione dell'appendice che verrà emessa dalla Società, ai sensi di quanto indicato nella relativa definizione contenuta nel glossario, con l'applicazione, in difetto dell'art.1901 C.C.
Nel caso di variazione comportante diminuzione di rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Quando e come devo pagare?

Art. 5 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. *Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile*.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Nel caso in cui il premio sia superiore a euro 750, il pagamento dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario.
AVVERTENZA: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di pagamento, il cui importo sia superiore complessivamente a euro 12.500, lo stesso dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario con le modalità sopra indicate.

Art. 6 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 7 Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

Art. 8 Rinvio alle norme di legge

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

Che cosa è assicurato?

Art. 9 Oggetto della garanzia

L'assicurazione ha per oggetto il rimborso, nei limiti che seguono, delle spese conseguenti a:

- ricovero per intervento chirurgico;
- ricovero per cure mediche;
- prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali elencate al successivo paragrafo 9.2;
- assistenza medica a domicilio, conseguenti a malattia, infortunio, stato di deperimento organico, con le modalità previste al successivo paragrafo 9.3;
- assistenza presso Istituto di cura;
- spese per acquisto di protesi.

L'Assicurato avrà libera scelta, in Italia o all'estero, del medico curante, dell'Istituto di cura, dell'infermiere/a e della persona assistente a domicilio o presso l'Istituto di cura.

Art. 9.1 Ricovero

A. La Società risponde delle spese di ricovero reso necessario da malattia o infortunio.

Le spese di ricovero comprendono le spese di soggiorno, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici e le spese infermieristiche prestate da personale della casa di cura, per medicinali e medicazioni prestate dal personale della casa di cura, per apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento. *Sono escluse le spese connesse al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura, nonché quanto previsto alla successiva lett. E "Lungodegenze"*.

Sono compresi in garanzia i ricoveri senza intervento dovuti esclusivamente all'effettuazione di accertamenti diagnostici, nel caso in cui le condizioni fisiche e cliniche dell'Assicurato non ne consentano l'effettuazione in regime ambulatoriale. Detti ricoveri sono indennizzabili fino ad una durata massima di due pernottamenti;

Qualora si renda necessaria l'assistenza di personale esterno alla casa di cura, sarà onere della casa stessa certificare l'impossibilità di avvalersi di personale interno.

La garanzia è estesa alle spese di trasporto dell'Assicurato, fino ad un massimo di **euro 5.165** per Assicurato e per anno assicurativo, quando effettuato in ambulanza dal suo domicilio all'istituto di cura e viceversa, oltre che da un istituto di cura all'altro e alle spese di trasporto in ambulanza della salma dall'istituto di cura al suo domicilio. In caso di decesso avvenuto all'estero, anche in assenza di ricovero o intervento chirurgico, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma, debitamente documentate. Ogni tipo di spesa deve essere documentata secondo le vigenti normative fiscali.

B. La Società risponde delle spese sostenute, come indicate alla precedente lett. A, anche a seguito di intervento chirurgico effettuato in regime di day hospital o ambulatoriale.

C. Si intende compreso in garanzia il rimborso delle spese:

- conseguenti ad esami;
- acquisto di medicinali;
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o rieducativi;
- cure termali (*escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera*).

Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali.

Le prestazioni infermieristiche saranno rimborsabili solo se prestate da personale abilitato ai sensi della vigente normativa ed in possesso di specifico diploma.

Il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza del massimale di **euro 5.165** per Assicurato e per anno assicurativo e **soltanto se sostenute nei 90 giorni successivi** al ricovero e al day hospital con intervento chirurgico, anche ambulatoriale e sempreché strettamente connesse alla patologia che le hanno rese necessarie.

D. È compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi, esami diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche **sostenute nei 45 giorni precedenti** l'intervento chirurgico anche ambulatoriale o in regime di Day Hospital, sempreché strettamente connesse e propedeutiche all'intervento chirurgico stesso.

Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali. Relativamente a tali spese il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di **euro 5.165** per Assicurato e per anno assicurativo.

E. Qualora, a seguito di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato prosegua la sua permanenza presso una clinica in regime di "**lungodegenza**" (secondo la definizione contrattuale), ovvero le sue condizioni cliniche risultino stabilizzate, la Società rimborserà le spese indicate alla precedente lett. A per i primi **10 giorni** di ricovero.

Qualora dopo i primi 10 giorni risultasse necessaria la prosecuzione del ricovero ovvero un nuovo ricovero per differente patologia o per l'aggravamento della medesima patologia, la Società rimborserà le spese successive secondo quanto previsto alla precedente lett. A. *Le circostanze per l'ottenimento del nuovo rimborso dopo i primi 10 giorni, dovranno essere accertate da un medico legale della Società*.

Art. 9.2 Prestazioni extra-ospedaliere

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere prescritte dal medico curante di seguito elencate:

- Ecografia, TAC, Elettrocardiografia, Doppler, Diagnostica radiologica, Elettroencefalografia, Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), Scintigrafia, Cobaltoterapia, Chemioterapia, Radioterapia, Laserterapia, Telecuore, Dialisi, Litotrissia, Elettromiografia, Holter, Epiluminescenza;
- Indagini endoscopiche;
- Indagini computerizzate, limitatamente a quella di seguito elencate:
  - del campo visivo
  - topografica corneale
  - pachimetria
  - mineralometria ossea
  - tomografia ottico computerizzata (OCT);

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'Assicurato.

Art. 9.3 Assistenza a domicilio

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di malattia, infortunio o deperimento organico (per esempio dovuto all'età – senescenza), si trovi nell'impossibilità, anche temporanea, di esperire autonomamente le normali azioni della vita quotidiana (ad esempio: vestizione, nutrizione, igiene personale, necessità fisiologiche), la Società provvederà a rimborsare le spese di assistenza personale a domicilio, prescritte da un medico; ovvero ad indennizzare una diaria forfettaria, secondo quanto specificato alle successive lettere F e G.

Tali prestazioni, *alternative tra loro e non cumulabili*, vengono riconosciute al raggiungimento del punteggio specifico di almeno 100, determinato dalla somma dei punteggi delle singole voci indicate nella tabella valutativa dell'assistenza domiciliare allegata alla presente polizza (**Allegato 2**), secondo le determinazioni del medico legale incaricato dalla Società. *Restano ferme le esclusioni di cui all'art. 15 "Limitazioni e rischi esclusi*".

Il mancato raggiungimento di tale punteggio minimo, non può per alcuna ragione comportare il diritto all'assistenza. L'assistenza può essere prestata da una o più persone terze ovvero tramite infermieri/e diplomati, ove si necessitino specifiche prestazioni eseguibili solo da personale abilitato.

È facoltà del Sacerdote avente diritto all'assistenza scegliere, indicandolo inizialmente nella lettera di denuncia del sinistro, quale regime adottare tra quelli indicati alle successive lettere F e G.

Tale scelta non sarà vincolante per l'intera durata del periodo in cui il Sacerdote avrà diritto all'assistenza, ma potrà essere effettuata di mese in mese, con riferimento al mese durante il quale il Sacerdote aveva diritto all'assistenza, e dovrà essere effettuata secondo quanto meglio specificato alle successive lettere F e G.

In mancanza di scelta espressa, ovvero di mancata o incompleta consegna della documentazione richiesta entro i termini di cui alla lett. F, la Società indennizzerà il Sacerdote secondo quanto previsto alla lett. G, senza alcuna possibilità di integrare il pagamento relativamente al mese già decorso e per il quale è già stato emesso il pagamento. Resta comunque facoltà del Sacerdote effettuare una nuova e diversa scelta per il/i mese/i successivo/i, purché in regola con i tempi previsti dalla successiva lett. F.

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 16 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro", i termini per la sola denuncia di sinistro per assistenza (indipendentemente dalla scelta di cui alla lett. F o G, anche temporanea) sono ridotti a 45 giorni dalla data di accadimento dell'evento che ha reso necessaria l'assistenza. Per le denunce ricevute oltre i 45 giorni dall'evento che ha reso necessaria l'assistenza (fermi restando i limiti di 60 giorni, nonché il termine prescrizionale, di cui al suddetto art. 16 "Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro"), il sinistro verrà liquidato secondo il criterio di cui alla lett. G. La facoltà di scelta tra i due criteri resta esclusa fino alla regolarizzazione dei termini di cui alla lett. F.

F. Rimborso spese per assistenza domiciliare

La Società rimborsa le spese sostenute per assistenza personale a domicilio, qualora prescritte da un medico e previo raggiungimento del punteggio minimo di 100, determinato nella tabella valutativa. *Restano ferme le esclusioni di cui all'art. 15 "Limitazioni e rischi esclusi"*. Per l'insieme di tutte le prestazioni eventualmente rese in favore del Sacerdote avente diritto, la Società rimborsa il 100% delle spese sostenute e documentate in base alle vigenti normative fiscali, con il **limite giornaliero di euro 39 al giorno, fino ad un massimo di euro 1.209,00 al mese**, anche nel caso in cui l'assistenza sia prestata congiuntamente da più persone o infermieri/e.

Il Sacerdote avente diritto al rimborso delle spese dovrà fornire la documentazione, in regola con le vigenti normative fiscali, attestante l'esborso in favore della persona che ha reso l'assistenza, entro il 15° giorno del mese successivo a quello cui si riferisce la richiesta di rimborso.

✓ *Entro quando va presentata la documentazione?*

Esempio: la documentazione relativa alle spese sostenute nel mese di gennaio dovrà inderogabilmente pervenire entro il 15 febbraio.

In caso di mancata ricezione entro il termine inderogabile previsto dal precedente capoverso, la richiesta di rimborso spese verrà automaticamente convertita in indennizzo, secondo i criteri previsti dalla successiva lett. G.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia il proprio domicilio presso: Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere e si trovi nelle condizioni sopra descritte, la Società riconoscerà al Sacerdote esclusivamente l'importo come indicato alla successiva lett. G senza possibilità di differente scelta.

G. Indennizzo per il raggiungimento del punteggio minimo di cui alla tabella valutativa

Qualora il Sacerdote scelga il criterio di indennizzo di cui al presente articolo, ovvero non effettui alcuna scelta specifica, ovvero non effettui una scelta entro i termini previsti dalla precedente lett. F, ovvero invii la documentazione prevista dalla precedente lett. F oltre i termini o la invii incompleta, la Società liquiderà al Sacerdote la somma di **euro 31 al giorno, fino ad un massimo di euro 961,00 al mese**, per ogni mese in cui il Sacerdote avrà diritto all'assistenza domiciliare.

Nel caso in cui il Sacerdote abbia il proprio domicilio presso: Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere e si trovi nella condizione sopra descritta, la Società indennizzerà al Sacerdote l'importo giornaliero di **euro 26, fino ad un massimo di euro 806,00 al mese**, per ogni mese in cui il Sacerdote avrà diritto all'indennizzo. Nell'ipotesi di domicilio presso uno degli istituti suddetti, l'unico criterio previsto sarà quello di cui al presente articolo.

Il beneficiario del pagamento è il Sacerdote ovvero, nel caso in cui risulti dichiarato incapace, il soggetto che ne fa le veci. L'incapacità del Sacerdote beneficiario deve essere dimostrata fornendo alla Società adeguata documentazione probatoria.

Il Sacerdote (o chi ne fa le veci) ha facoltà di designare, quale beneficiario del pagamento, l'Istituto ospitante. Tale designazione, che in nessun caso potrà essere considerata una cessione del credito, dovrà essere attestata mediante sottoscrizione da parte del Sacerdote (o di chi ne fa le veci) di autorizzazione al pagamento in favore dell'Istituto, con contestuale manleva della Società pagante, da eventuali pretese e/o azioni avanzate o promosse nei confronti di chiunque, in conseguenza del pagamento.

L'Istituto ospitante dovrà, in ogni caso, rilasciare precedentemente al pagamento:

- una dichiarazione con cui attesti la presenza del Sacerdote beneficiario presso la struttura;
- un regolare atto di quietanza ampiamente liberatorio con impegno formale a manlevare e garantire la Società assicuratrice pagante, dalle eventuali pretese e/o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di chiunque, in conseguenza del pagamento effettuato a detto Istituto.

H. Assistenza temporanea

Nel caso in cui il Sacerdote si trovi nelle condizioni per cui abbia diritto all'assistenza per un periodo inferiore a 45 giorni, riceverà un importo pari a **euro 22 al giorno** per il numero dei giorni in cui l'assistenza si è resa necessaria, secondo quanto stabilito dal medico fiduciario della Società.

Art. 9.4 Assistenza ospedaliera

La Società risponde delle spese di assistenza personale dell'Assicurato durante il ricovero ospedaliero presso Istituti di cura a seguito di:

- Ictus cerebrale con paralisi anche parziale;
- Infarto acuto del miocardio;
- Tumore in fase terminale;
- Grandi interventi chirurgici come riportati nell'elenco allegato (**Allegato 3**);
- Stato pre-agonico o di coma da qualsiasi causa determinato.

Per assistenza personale si intende la presenza costante al letto dell'infermo-Assicurato da parte di una persona non appartenente all'organico dell'Istituto di cura.

L'operatività della prestazione è subordinata al rilascio di apposita certificazione, da parte dei medici dell'Istituto di cura presso il quale l'Assicurato si trova ricoverato, attestante l'esistenza di una delle situazioni patologiche sopra elencate.

Per tale prestazione la Società rimborserà il 100% delle spese sostenute e documentate secondo le vigenti normative fiscali, fino a un **massimo importo giornaliero di euro 52 e per un periodo massimo di 60 giorni** per ciascun anno assicurativo. In alternativa, l'avente diritto potrà scegliere un rimborso forfettario pari a **euro 36 al giorno, per un massimo di 60 giorni**, non cumulabile con l'eventuale indennizzo di cui alla lett. G dell'art. 9.3.

Art. 9.5 Rimborso spese per acquisto protesi

La Società risponde delle spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto e/o riparazione di apparecchi protesici resi necessari dagli eventi sotto descritti e nei limiti di seguito stabiliti:

Protesi articolate: sostitutive di un arto, sempreché prescritte dal medico curante e la cui applicazione si renda necessaria a seguito di amputazione di arto conseguente a malattia od infortunio.

Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di **euro 4.000** per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.

Protesi oculari: prescritte dal medico curante successivamente ad interventi chirurgici per cataratta, intervento chirurgico per cheratocono o intervento chirurgico per otticopatia (intesa come qualsiasi lesione del nervo ottico).

Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di **euro 775** per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.

Protesi acustiche: prescritte dal medico curante conseguenti a processi otosclerotici e lesioni traumatiche con deficit acustico uguale o superiore a 55 decibel sulla media frequenze di 500, 1000, 2000 Hz, previa esibizione di esame audiometrico vocale e tonale, impedenziometria effettuati presso struttura ospedaliera pubblica, con riserva comunque di visita di un medico legale della Società che ne attesti l'effettiva necessità.

Generali Italia si riserva la facoltà di valutare la rimborsabilità di protesi acustiche anche in presenza di deficit uditivo inferiore alla soglia di -55 decibel indicata all'art. 9.5, a condizione che la necessità e l'opportunità di protesizzazione sia comprovata sulla base della seguente documentazione prodotta dall'Assicurato:

- Esame audiometrico tonale, esame audiometrico vocale, esame impedenziometrico effettuati esclusivamente in struttura pubblica.

- Prescrizione di protesi acustica da parte di Specialista Otorinolaringoiatra previa visita ORL, accurata valutazione audiologica funzionale, con correlato esame anamnestico ed indicazione del tipo di protesi adeguata al caso specifico.

La Società si riserva comunque la facoltà di richiedere visita da parte di un medico legale fiduciario per valutare l'effettiva necessità e l'opportunità di protesizzazione.

Il rimborso viene riconosciuto, fino alla concorrenza di **euro 2.000** per ciascun Assicurato e per anno assicurativo, previa visita di un medico legale della Società, che ne attesti l'effettiva necessità.

Protesi dentarie: prescritte dal medico curante conseguenti a interventi chirurgici del cavo orale non odontoiatrici. In caso di infortunio accertato con referto di Pronto Soccorso, saranno rimborsate anche le spese dentarie conseguenti a parodontopatie.

Il rimborso sarà pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute dall'Assicurato.

Il pagamento di ogni prestazione relativa a tutti i punti precedenti verrà effettuato su presentazione della relativa prescrizione medica e documentazione emessa secondo le vigenti normative fiscali.

Art. 9.6 Indennità Straordinaria per Invalidità Totale e Permanente

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di malattia, infortunio o deperimento organico (per esempio dovuto all'età - senescenza), sia stato riconosciuto invalido civile totale e permanente, ovvero con una percentuale di invalidità pari al 100%, la Società provvederà ad indennizzare una diaria forfettaria ulteriore di importo pari ad euro 300,00 mensili.

Tale prestazione viene riconosciuta esclusivamente nel caso in cui venga prodotto il verbale INPS di riconoscimento dell'invalidità civile totale (100%) e dell'indennità di accompagnamento ed inoltre all'Assicurato, a seguito della valutazione effettuata dal medico legale fiduciario della Società, venga confermata l'invalidità totale e permanente al 100%. Restano ferme le esclusioni di cui all'art. 15 "Limitazioni e rischi esclusi".

Art. 10 Estensione garanzia Sacerdoti "Fidei Donum"

A favore di tali Assicurati è stabilito che la garanzia vale:

- in aggiunta alle prestazioni di cui all'art. 9.1 "Ricovero", spetta all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute per il **viaggio aereo** di andata e ritorno resi necessari per raggiungere il paese dove si trova l'ospedale nel quale avviene il ricovero. Tale rimborso viene riconosciuto dietro presentazione di certificazione rilasciata da una struttura ospedaliera del paese di missione che dichiari l'inadeguatezza delle strutture locali per la patologia sofferta dall'Assicurato.
  Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio di ritorno nel paese di missione viene riconosciuto se effettuato entro 15 giorni dalla data dichiarata dal medico curante come compatibile per affrontare il viaggio aereo;
- in aggiunta alle prestazioni di cui all'art. 9.2 "Prestazioni extra-ospedaliere", spetta all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute per ogni tipo di **esame clinico e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici**.

Per le prestazioni di cui sopra, il rimborso delle spese sostenute è effettuato fino alla concorrenza del massimale annuo a favore di ciascun Assicurato di **euro 7.747**.

Resta convenuto che, in caso di sinistro, qualora l'Assicurato si trovi all'estero, si intende delegato alla presentazione della denuncia, della relativa documentazione nonché alla definizione del sinistro, l'Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese, operante presso la Conferenza Episcopale Italiana.

Art. 11 Data di effetto e durata del contratto

Il contratto ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza e cessa alla scadenza contrattualmente stabilita, senza necessità di disdetta.

Dove vale la copertura?

Art. 12 Estensione territoriale

L'assicurazione è valida per il mondo intero.

Art. 13 Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che, nel caso in cui l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art.1916 del Codice Civile.

Art. 14 Effetto, validità e cessazione della garanzia - Obblighi del Contraente

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute durante la data di effetto del presente contratto, anche se relative a ricoveri o a stati di deperimento organico verificatasi in un periodo precedente.

Alla data di inizio del contratto, il Contraente trasmetterà alla Società l'elenco nominativo degli Assicurati, la loro data di nascita, sesso, codice fiscale e indirizzo.
Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute (vedi art. 4 "Variazioni di rischio").

In attesa della predetta comunicazione, la Società estende la garanzia ai Sacerdoti che presentino una attestazione del proprio Ordinario Diocesano dalla quale risulti la decorrenza del loro diritto a partecipare ai sistemi gestiti dall'Istituto Centrale Sostentamento del Clero.

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.

Generali Italia ha 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.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 15 Limitazioni e rischi esclusi *La*

garanzia non è operante per:

*a) le malattie mentali puramente psichiche e funzionali (*si intendono, pertanto, comprese le manifestazioni secondarie a malattie organiche quali l'arteriosclerosi e similari*);*

*b) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (*sono compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave*);*

c) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni;

d) le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;

e) *le protesi dentarie,* escluso quanto riportato all'art. 9.5 "Protesi dentarie"*, le cure dentarie e le parodontopatie* salvo quanto previsto dall'articolo 9.5*;*

f) *le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici, ecc.); g) le conseguenze di guerra;*

h) *le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari qualora, prendendone parte, l'Assicurato abbia infranto le leggi in vigore;*

i) *le conseguenze di risse, salvo il caso di legittima difesa*.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 16 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società e all'Istituto Centrale Sostentamento del Clero (via Aurelia 796, Roma), entro sessanta giorni da quando ne ha avuto conoscenza. *L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile*.

L'Assicurato inoltre:

a) *in caso di infortunio che comporti ricovero ospedaliero o necessità di assistenza domiciliare costante prevista dall'art. 9.3 deve comunicare la data dell'infortunio, il luogo dell'accadimento, le relative circostanze e, laddove possibile, i nomi degli eventuali testimoni ed autorità intervenute;*

b) *in caso di ricovero e, se possibile, prima del suo ingresso nell'Istituto di cura, deve informare la Società tramite il modulo di denuncia sinistro allegato alla polizza*.

In tutti i casi la Società si riserva il diritto di pretendere che l'Assicurato produca le informazioni concernenti l'infortunio o la malattia ed il trattamento terapeutico prescritto. Le informazioni riservate possono essere inviate con plico sigillato direttamente al medico indicato dalla Società. La Società può ugualmente, a proprie spese, far sottoporre a visita medica l'Assicurato tramite un medico di proprio gradimento e richiedere all'Istituto di cura la documentazione medica ritenuta necessaria.
L'Assicurato è obbligato a sottoporsi a visita, sotto pena di decadenza della garanzia.
Tuttavia, con riferimento alla prestazione prevista dall'art.9.3 "Assistenza a domicilio", qualora entro 75 giorni dalla data di apertura del sinistro non pervenisse all'Assicurato l'esito dell'accertamento medico-legale eseguito nei suoi confronti, la Società sarà comunque tenuta a corrispondere automaticamente, dopo la scadenza della predetta data, quanto previsto dalle condizioni di polizza.
Se dall'accertamento medico-legale successivamente pervenuto all'Associato risultasse che non esistono le condizioni che danno diritto al pagamento del sinistro, non saranno più rimborsate le spese di assistenza sostenute o non sarà più riconosciuta l'indennità prevista per i periodi successivi alla data di ricezione del predetto accertamento, fatta salva l'acquisizione delle somme fino ad allora corrisposte.
L'Assicurato comunque è obbligato a sottoporsi alla suddetta visita medico-legale ed agli esami connessi, sotto pena di decadenza dalla garanzia. L'Assicurato può comunque richiedere la presenza del proprio medico curante.
Qualora ne ricorra l'esigenza, la Società potrà richiedere all'Assicurato di produrre copia della cartella clinica o di altra documentazione medica rilasciata dall'Istituto di cura.
La prescrizione di cui all'art. 2952 del Codice Civile è biennale.

Art. 17 Controversie

In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società e l'Assicurato si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

La Società si impegna a designare il proprio medico entro 45 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata (da inviare presso la Società e l'Istituto Centrale Sostentamento del Clero, via Aurelia 796, Roma) con la quale l'Assicurato ha comunicato il nominativo del medico incaricato.
Nel caso in cui il predetto termine non venga rispettato dalla Società, l'indennità di assistenza a domicilio, prevista dall'art. 9.3, verrà comunque erogata fino alla pronuncia definitiva del Collegio Medico. Qualora la richiesta verta sul rimborso delle spese sostenute, la controversia si intende invece definitivamente risolta in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 18 Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato su presentazione degli originali o di copia conforme delle relative distinte e ricevute, debitamente quietanzate.
L'indennizzo delle spese sostenute per l'assistenza medica a domicilio viene effettuato, a presentazione della documentazione di cui sopra, con periodicità mensile.
A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce la predetta documentazione previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.
Qualora l'Assicurato non sia in possesso dell'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termine del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi.
La gestione delle richieste di rimborso comprende, altresì, i pagamenti diretti agli Istituti di cura nonché eventuali acconti o impegnative, a richiesta dell'Assicurato.

Art. 19 Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento delle somme dovute all'Assicurato verrà effettuato tramite l'Istituto Centrale Sostentamento del Clero, che rilascerà quietanza degli importi ricevuti, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di quest'ultima.

La Società, fatta salva l'ipotesi di richiesta dell'interessato prevista al precedente art. 18 "Criteri di liquidazione", conserva definitivamente i dossier e le note che le sono state trasmesse.

Art. 20 Rete convenzionata – pagamento diretto delle prestazioni

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente da Generali Italia, ad eccezione delle franchigie o scoperti di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'Assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità previste dalle condizioni di assicurazione, ai sensi dell'art. 21 'Pagamento indiretto delle prestazioni (rimborso)'.
Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (**Allegato 1**).

ATTENZIONE: l'Assicurato deve 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 ed avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 21 Pagamento indiretto delle prestazioni (rimborso)

L'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero prende parte al processo di gestione di sinistri in forma indiretta e supporta Welion S.c.a.r.l. (società di gestione di Generali Italia S.p.A.) secondo le modalità operative disciplinate dalla Guida al Servizio che forma parte integrante del presente contratto (**Allegato 1**), garantendo all'Assicurato il rimborso di tutte le spese mediche coperte dal suddetto contratto di assicurazione.

Il pagamento agli Assicurati verrà realizzato da parte dell'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero in forma anticipata, in attesa della valutazione e liquidazione successiva da parte della Compagnia, che avverrà nei confronti dell'Istituto in applicazione e nel rispetto del dettato contrattuale.

Art. 22 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.

Art. 23 Cassa di Assistenza

Ad integrazione di quando previsto nelle Condizioni di Assicurazione si precisa che la presente polizza è stipulata dalla Cassa di Assistenza PREVIGEN ASSISTENZA con sede in via Marocchesa 14, Mogliano Veneto (TV), C.F. 94053730266, in nome e per conto dell'ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO. Si precisa quindi che ad integrazione di quanto previsto nel Glossario, il "Contraente" è la Cassa di Assistenza, e l' ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO è associato alla Cassa stessa.

Ciò premesso, con riguardo agli articoli 4, 14 e 22 delle Condizioni di Assicurazione, gli obblighi contrattualmente posti in capo al Contraente si intendono gravanti sull'Associato.

Art. 24 Commissione Paritetica

La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali è demandata ad una apposita **Commissione Paritetica Permanente** composta da quattro membri designati due dall'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero e due dalla Società. La Commissione verifica anche l'andamento della polizza ed esamina la gestione amministrativa e liquidativa delle controversie aventi ad oggetto l'indennizzabilità delle richieste, la tipologia e la durata della malattia o infortunio, la misura dei rimborsi e delle indennità.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle Parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti e di monitorare l'andamento dei sinistri.

SOMMARIO

Glossario
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art. 2 Altre Assicurazioni
Art. 3 Modifiche dell'assicurazione
Art. 4 Variazioni di rischio
Art. 5 Pagamento del premio
Art. 6 Oneri fiscali
Art. 7 Foro competente
Art. 8 Rinvio alle norme di legge
Art. 9 Oggetto della garanzia
Art. 9.1 Ricovero
Art. 9.2 Prestazioni extra-ospedaliere
Art. 9.3 Assistenza a domicilio
Art. 9.4 Assistenza ospedaliera
Art. 9.5 Rimborso spese per acquisto protesi
Art. 10 Estensione garanzia Sacerdoti "Fidei Donum"
Art. 11 Data di effetto e durata del contratto
Art. 12 Estensione territoriale
Art. 13 Rinuncia all'azione di rivalsa
Art. 14 Effetto, validità e cessazione della garanzia - Obblighi del Contraente
Art. 15 Limitazioni e rischi esclusi
Art. 16 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Art. 17 Controversie
Art. 18 Criteri di liquidazione Art. 19
Pagamento dell'indennizzo
Art. 20 Rete convenzionata – pagamento diretto delle prestazioni
Art. 21 Pagamento indiretto delle prestazioni (rimborso)
Art. 22 Riservatezza dei dati personali
Art. 23 Cassa di Assistenza
Art. 24 Commissione Paritetica

GUIDA AL SERVIZIO

1. Processo di gestione

Considerato lo scopo istituzionale dell'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero, di svolgimento delle funzioni assistenziali e previdenziali integrative e autonome per il Clero;

considerato che l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero è dotato di appropriata struttura organizzativa, in grado di svolgere attività di supporto alla gestione dei sinistri;

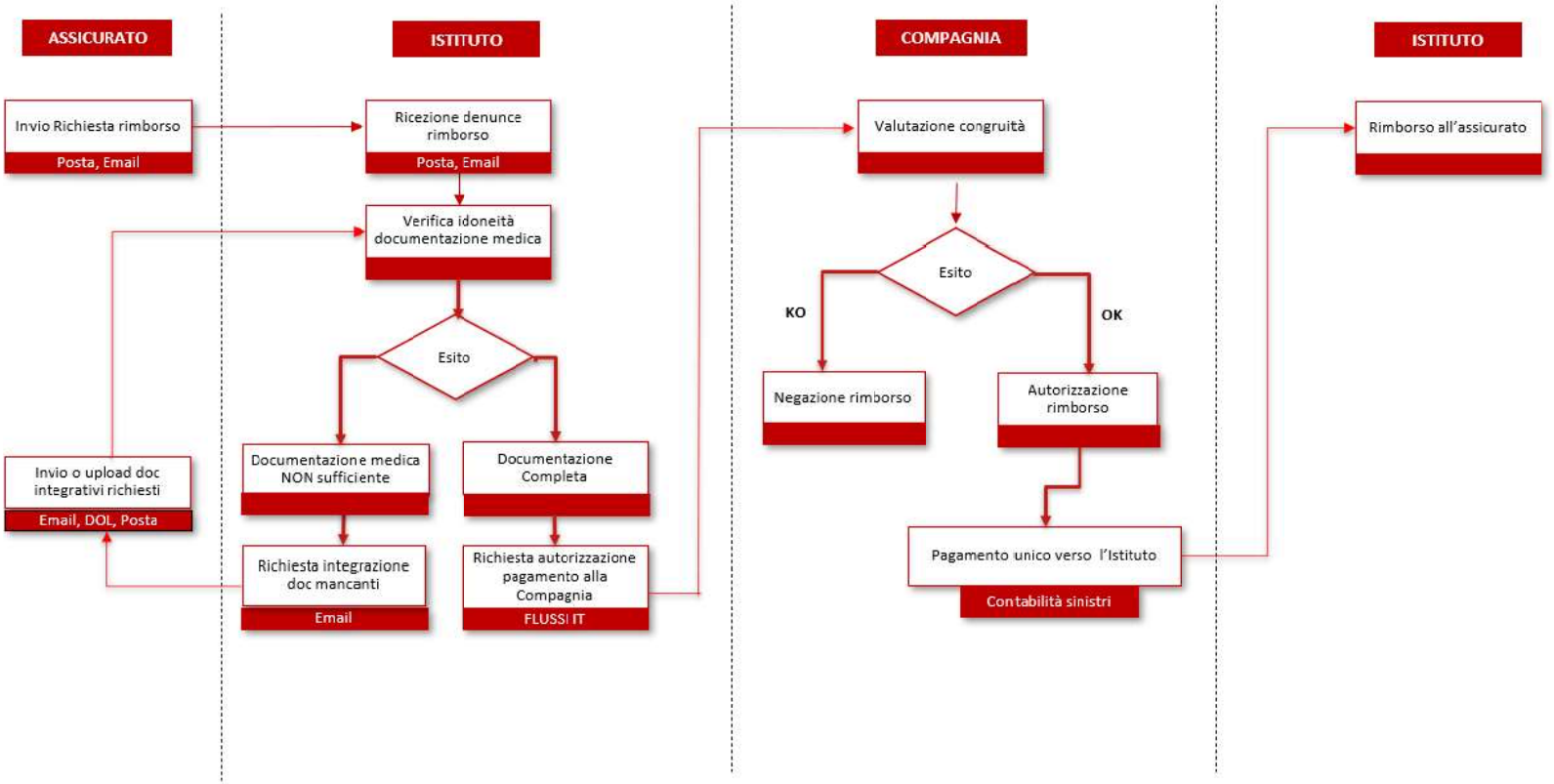
considerato che l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero è disponibile a svolgere le attività di supporto su sinistri verificatisi su polizze inerenti ai rami di Malattia e Infortuni;

considerato che l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero presterà attività di supporto alla gestione dei sinistri in favore di Generali Italia S.p.A. e della sua Società all'uopo dedicata Welion S.c.a.r.l.;

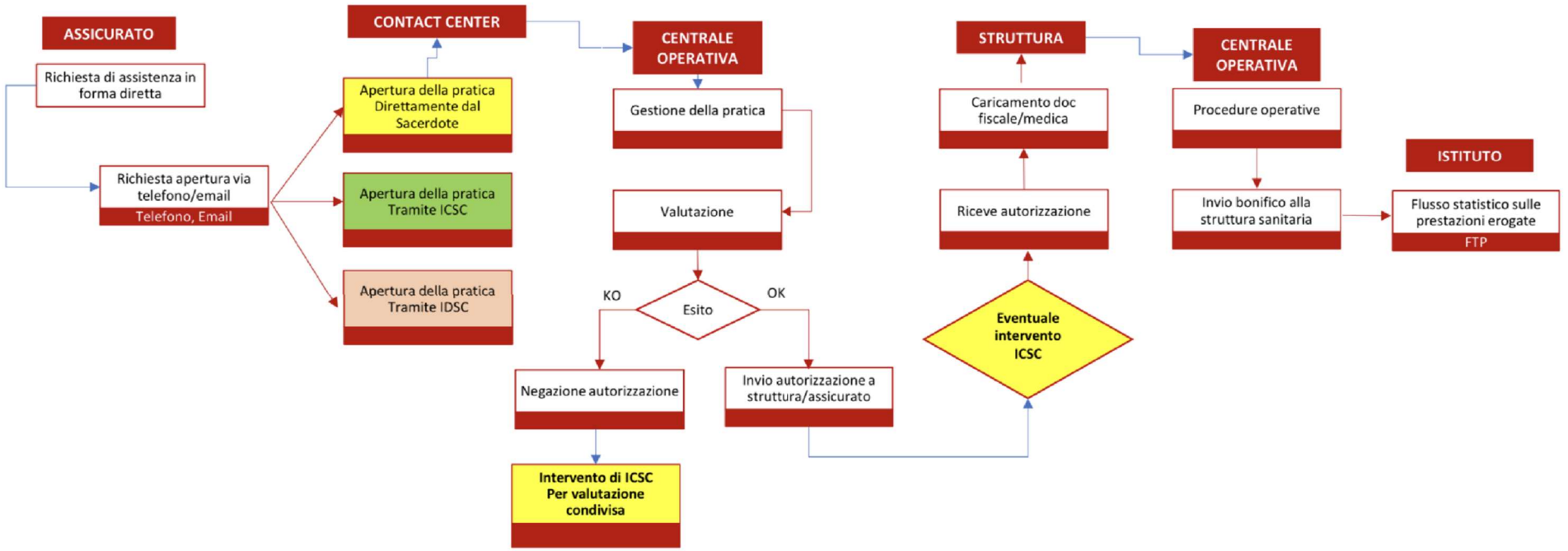
la gestione delle prestazioni dirette e indirette (a rimborso) e dei flussi relativi tra la Società e l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero seguono il processo dettagliato nei seguenti schemi che formano parte integrante del presente contratto:

Processo gestione **Indirette**

Sinistri Salute - ICSC



PROCESSO GESTIONE SINISTRI IN FORMA DIRETTA



2. Il servizio di pagamento diretto

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion

Per "Rete" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con Generali Welion, 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 della Compagnia provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

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: per chiamate dall'Italia **numero verde gratuito 800.505.070 (dall'estero +39 02 8295 4694)**, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00, e il sabato dalle 8:00 alle 13:00;
- Mail: tramite l'indirizzo di posta elettronica attivazionidirettelCSC@generali.com

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.

Accesso ai servizi

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 in caso di ricovero ospedaliero (compreso day hospital e interventi ambulatoriali) e almeno 3 giorni feriali prima in caso di prestazioni extra-ricovero (visite, esami, alta diagnostica), al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

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

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato, all'atto della telefonata o all'interno della mail è necessario comunicare:

- ☐ Nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- ☐ Struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione e nominativo equipe medica
- ☐ Prestazione sanitaria da effettuare con la relativa data di ingresso in ospedale
- ☐ Diagnosi (con anamnesi prossima e remota)

Solo per le attivazioni relative alle prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in caso di attivazione telefonica (grazie ad una successiva mail) sia in caso di prima attivazione via mail l'Assicurato dovrà allegare **la prescrizione medica con i seguenti elementi**:

- ☐ Diagnosi (con anamnesi prossima e remota)
- ☐ Prestazione sanitaria da effettuare
- ☐ Eventuali referti degli esami strumentali eseguiti

La preventiva richiesta dell'Assicurato, l'invio della documentazione sopra indicata (in caso di ricovero) 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 (in caso di ricovero) o dell'attivazione per le prestazioni extra ricovero, 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.

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 ed autorizzate dalla Centrale Operativa, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione. 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.

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

NOTA

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.

Qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

TABELLA VALUTATIVA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Capacità Motorie	
Autonoma	Punteggio 0
Deambulazione con presidi	Punteggio 20
Spostamenti possibili solo in carrozzella	Punteggio 50
Permanente allettamento	Punteggio 100
Funzione Visiva	
Conservata	Punteggio 0
Visus residuo compatibile con autonomia in ambiente protetto	Punteggio 25
Cecità totale o residui visivi non utilizzabili	Punteggio 100
Vestizione	
Autonoma	Punteggio 0
Parzialmente autonoma	Punteggio 15
Non autonoma	Punteggio 30
Alimentazione	
Autonoma	Punteggio 0
Non autonoma (necessità di assistenza durante l'alimentazione orale)	Punteggio 30
Alimentazione parenterale o con sondino naso-gastrico	Punteggio 50
Igiene personale	
Autonoma	Punteggio 0
Ha necessità di assistenza per lavarsi e per l'igiene intima	Punteggio 20
Continenza / Incontinenza	
Controlla autonomamente la funzionalità degli sfinteri	Punteggio 0
Non controlla gli sfinteri necessitando di presidi sanitari (pannolone e/o catetere e/o stomia)	Punteggio 30
Stato psichico e funzioni intellettive	
Orientamento spazio-temporale	
Presente	Punteggio 0
Parzialmente o saltuariamente assente	Punteggio 10
Totalmente o permanentemente assente	Punteggio 100
Memoria	
Presente	Punteggio 0
Parzialmente assente	Punteggio 10
Assente	Punteggio 100
Capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni	
Presente	Punteggio 0
Parzialmente assente	Punteggio 10
Assente	Punteggio 100
Capacità di instaurare rapporti interpersonali	
Presente	Punteggio 0
Parzialmente assente	Punteggio 10
Assente	Punteggio 100
Stato di agitazione psicomotoria	
Presente	Punteggio 0
Saltuaria	Punteggio 10
Persistente	Punteggio 100
Stato di completa apatia	
Presente	Punteggio 0
Saltuaria	Punteggio 10
Persistente	Punteggio 100

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia cardiaca
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Commisurotomia.
- Impianto di arteria mammaria singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardico.
- Infartectomia in fase acuta.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Pericardiectomia.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Sutura del cuore per ferite.
- Valvuloplastica.
- Trapianto del cuore.

Collo
- Tiroidectomia parziale o totale per neoplasie maligne.
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinoma.

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Cranioplastiche.
- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie,cordotomie,radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Operazione per encefalo meningocele.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale. - Vagotomia per via toracica.

Esofago
- Collocazione di protesi endoesofagea.
- Interventi non endoscopici nell'esofagite, nell'ulcera esofagea, nell’ulcera peptica e nell'ulcera gastrica.
- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago parziale.
- Resezione totale esofagea.
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne o per tumori.

Faccia e bocca
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Fratture dei mascellari superiori trattate chirurgicamente.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare trattate chirugicamente.
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne o benigne del massiccio facciale, lingua, pavimento orale e della tonsilla.
- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.

Fegato e vie biliari
- Resezione epatica e coledocotomia.
- Epatectomia semplice per cisti da echinococco.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto-gastrotomia, colecisto-enterostomia).
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Trapianto del fegato.

Apparato genitale
- Eviscerazione pelvica.
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

Laringe
- Faringolaringectomia.
- Laringectomia parziale o totale.

Oculistica
- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Trapianto corneale.

Ortopedia e traumatologia
- Artroprotesi di anca.
- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.
- Vertebroplastica.
- Interventi chirurgici per neoplasie ossee maligne.
- Interventi di stabilizzazione vertebrale.

Otorinolaringoiatria
- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabirintica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Timpanoplastica.
- Impianto di protesi cocleare.
- Intervento chirurgico per neurinoma del VIII nervo cranico.
- Interventi chirurgici per tumori glomici.

Pancreas e milza
- Anastomosi mesenterica-cava.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Interventi demolitivi del pancreas per neoplasie maligne.
- Interventi per pancreatite acuta e cronica.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
- Interventi di fistole pancreatiche.
- Splenectomia.

Peritoneo e intestino
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali.
- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo cecale.

Retto
- Amputazione del retto.

Stomaco e duodeno
- Gastrectomia parziale o totale.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Resezione gastro-digiunale.

Torace
- Asportazione del timo.
- Decorticazione polmonare.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare.
- Pleuro pneumectomia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Resezioni segmentarie polmonari e lobectomia.
- Trapianto polmonare.

Urologia
- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale.
- Ileocisto plastica.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Nefrectomia parziale per neoplasia maligna.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto del rene.
- Interventi di prostatectomia radicale per neoplasia maligna.

Vasi
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: arterie carotidi, arterie vertebrali, tronco brachiocefalico, arterie iliache.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca, effettuati non per via endoscopica.
- Interventi per stenosi od ostruzioni della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima, effettuati non per via endoscopica.
- Interventi chirurgici per aneurismi dell’aorta.

Mod. M85/854.ICSC01 - ed. 12/2025

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.