Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A FAVORE DEL PERSONALE LAICO DEL SERVIZIO MISSIONARIO DELLA CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA

(Mod. M85/854.ICSC03 - ed. 12/2025)

N. Polizza 410769333

GENERALI

Mod. M85/854.ICSC03 - ed. 12/2025

Contraente
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.
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.
Spese di conforto	Tutte le spese supplementari o extra rispetto alla retta di degenza strettamente necessaria al ricovero e alla cura o non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale.
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. 10 "Oggetto della garanzia" alle persone che posseggono i requisiti di "Assicurato" ai sensi dell'art. 9 "Persone assicurate e garanzie prestate", 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 del successivo art. 9 "Persone assicurate e garanzie prestate", 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 Persone assicurate e garanzie prestate

D'accordo tra le Parti si conviene che la copertura assicurativa prevista dalle condizioni di polizza vale esclusivamente per:

- **personale laico in missione** riportati nell'elenco del 31 dicembre di ogni anno.

I dati identificativi di tali Assicurati verranno forniti dal Contraente all'inizio dell'annualità assicurativa. Le modifiche anagrafiche, conseguenti all'instaurazione di nuovi rapporti di lavoro o alla cessazione di rapporti di lavoro preesistenti, dovranno essere segnalate con cadenza mensile (vedi art. 4 "Variazioni di rischio").
La garanzia vale per le prestazioni previste dall'art. 10 "Oggetto della garanzia", nonché alle condizioni tutte della normativa di polizza, salvo quanto di seguito precisato.
La garanzia s'intende operante anche per i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra ospedaliere determinate da infortunio o malattia anche se conseguenti a patologie insorte anteriormente all'adesione al presente contratto, sempreché non si tratti di patologie già diagnosticate al momento dell'adesione al contratto medesimo.

Art. 10 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 10.2.
- assistenza presso Istituto di cura e 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 Istituto di cura.

Art. 10.1 Ricovero

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

Le spese di ricovero comprendono, tra le altre, le spese di soggiorno, infermieristiche, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici, e le spese per medicinali e medicazioni, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento.

Sono escluse le spese di conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura, nonché quanto previsto alla successiva lett. C "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;

La garanzia si estende altresì alle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di cura e alle spese del viaggio di ritorno a mezzo ambulanza (del malato o della persona deceduta), se l'Assicurato, a causa del suo stato di salute, è impedito di spostarsi con i mezzi di trasporto pubblico. 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. S'intende inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese **sostenute nei 90 giorni successivi** al ricovero e al Day Hospital, *sempreché strettamente connesse alla patologia che ha causato il ricovero stesso*, 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.

Relativamente a tali spese il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di **euro 5.165** per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.

C. 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 in regime di "lungodegenza".

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

D. Resta altresì convenuto che per le donne assicurate, la garanzia è operante per il rimborso delle spese inerenti alle cure ed assistenza **per patologie derivanti da gravidanza e puerperio nonché per il parto**. Ciò, anche per le eventuali conseguenze dirette ed indirette, ancorché rientranti nella definizione di malattia riportata in polizza.

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 6.000** per ciascuna Assicurata e per anno assicurativo senza applicazione di scoperti e franchigie.

E. Per 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 viene ricoverato l'Assicurato.

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.

Esclusioni:

La prestazione in oggetto non opera:

- *nel caso in cui l'Assicurato abbia sottoscritto volontariamente le dimissioni contro il parere del medico curante sul posto;*
- *in caso di malattie infettive, se il trasporto dell'Assicurato comporta la violazione delle norme nazionali o internazionali in materia*.

Art. 10.2 Prestazioni extra-ospedaliere

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali o in regime di Day Hospital, prescritte dal medico curante per:

- interventi chirurgici;
- esami clinici e di laboratorio;
- terapie e trattamenti medici.

Tale garanzia è prestata fino alla concorrenza di un massimale annuo per singolo Assicurato di **euro 7.747**.

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"). 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, le cure dentarie e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;*

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 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/o richiedere all'Istituto di cura la documentazione medica ritenuta necessaria.
L'Assicurato è comunque obbligato a sottoporsi alla suddetta visita medico-legale ed agli esami connessi sotto pena della decadenza della garanzia, ma può 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 richiesta di rimborso relativa al presente contratto non potrà essere evasa dalla Società qualora la domanda stessa sia stata fatta a distanza di oltre due anni dalla data del sinistro.
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, che provvederà per il tramite dell'Ufficio Liquidazioni della Società.

Art. 17 Controversie

In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società, l'Assicurato e/o il Contraente 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 con la quale l'Assicurato e/o Contraente hanno comunicato il nominativo del medico da loro incaricato.
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 a cura ultimata, su presentazione degli originali o di copia conforme delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.
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 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 Persone assicurate e garanzie prestate
Art. 10 Oggetto della garanzia
Art. 10.1 Ricovero
Art. 10.2 Prestazioni extra-ospedaliere
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 Commissione Paritetica

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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;

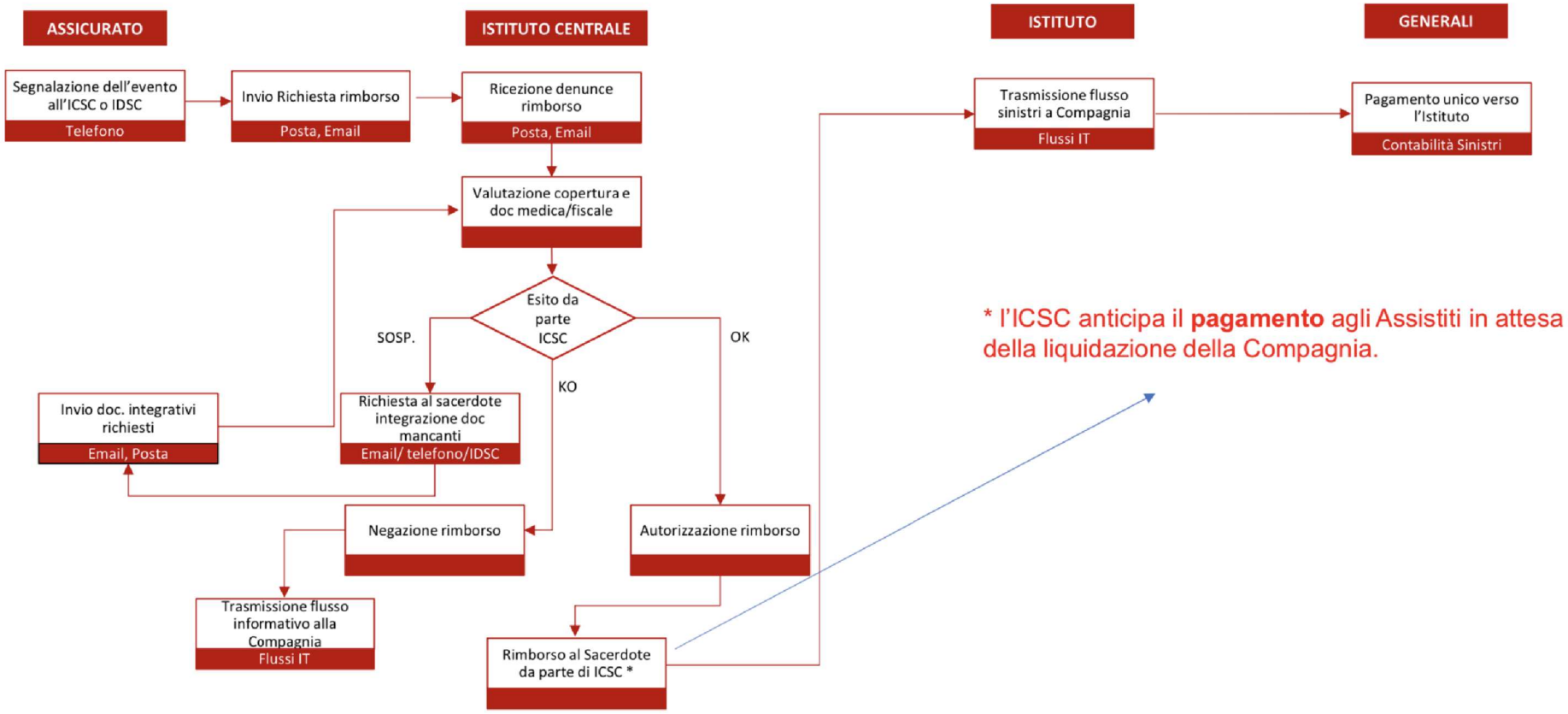
considerato che l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero è dotato di appropriata struttura organizzativa, in grado di svolgere attività di supporto alla gestione dei sinistri;

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;

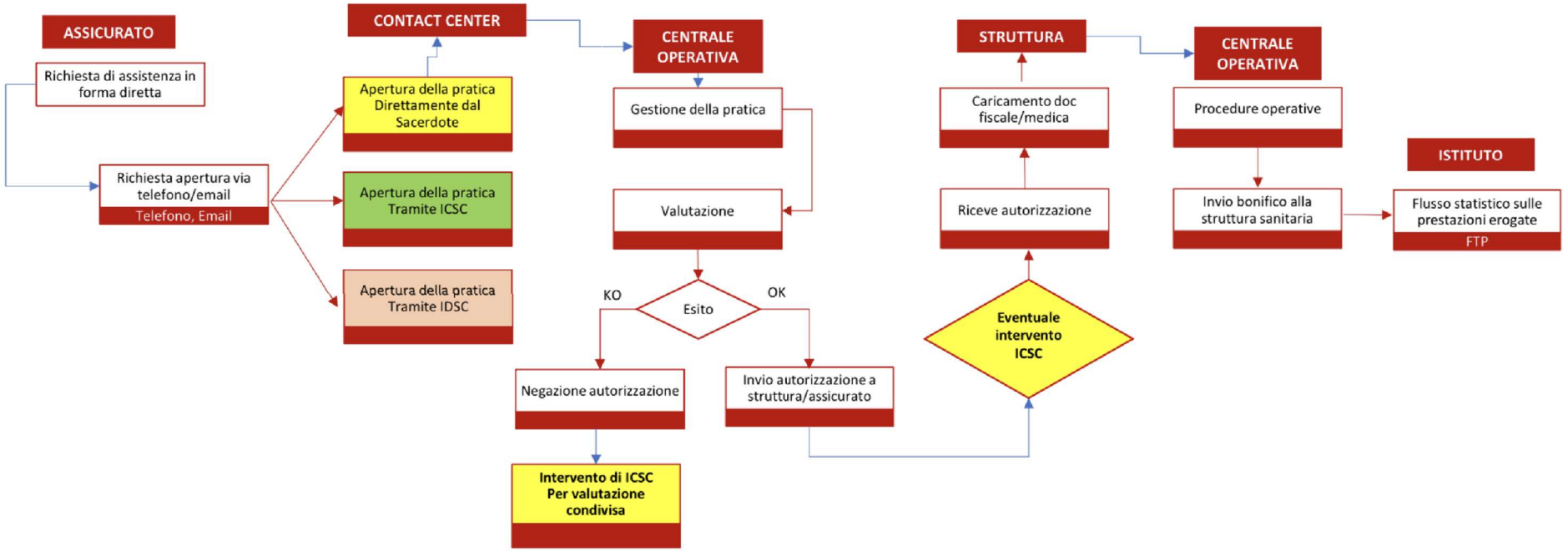
considerato che l'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero presterà attività di supporto alla gestione dei sinistri in favore di Generali Italia S.p.A. e della sua Società all'uopo dedicata Welion S.c.a.r.l.;

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 SINISTRI **INDIRETTA**



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".

Mod. M85/854.ICSC03 - 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.