

Assicurazione Malattie - rimborso spese mediche in forma completa

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Impresa: Generali Italia S.p.A.

Prodotto: GENERA SALUTE RSM M85-854



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La copertura opera ad integrazione del Piano Sanitario Base collettivo (Plus o Extra) e dei Piani Sanitari collettivi rivolti al Personale in quiescenza e prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per prestazioni dentistiche.



Che cosa è assicurato?

La copertura vale per il rimborso delle seguenti spese sanitarie:

- ✓ Cure e protesi dentarie;
- ✓ Cure ortodontiche;



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2023.



Ci sono limiti di copertura?

Le principali esclusioni sono relative a:

- ! Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
- ! La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- ! Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto
- ! I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- ! Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- ! I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ! Gli interventi di sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo
- ! Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
- ! Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
- ! Gli infortuni causati da azione dolose compiute dall'Assicurato

! Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
! Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
! Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
! Visite e cure mediche effettuate/prescritte da medico generico o con specializzazione non attinente alla patologia che ha motivato la prestazione
! Visite ed accertamenti per il rilascio/rinnovo di patenti, del certificato di sana e robusta costituzione, del certificato di idoneità alla pratica sportiva
! Visite, accertamenti e/o perizie per assicurazione
! Esami effettuati presso le farmacie
! Controlli medici a carattere aspecifico e check-up
! Controllo medico di referti di esami clinici
! Materiale sanitario in genere, acqua termale per inalazioni
! Medicinali
! Spese sostenute per il rilascio di documentazione sanitaria (cartella clinica, certificati e atti medici in genere) e per il pagamento di diritti sanitari
! Vaccini
! Protesi dentarie provvisorie
! Cure fango-balneo-termali

Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie (importo in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato) e scoperti (importo espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato) che variano a seconda delle garanzie attivate.



Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione, vale in tutto il mondo



Che obblighi ho?

In sede di stipulazione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di rilasciare dichiarazioni veritiere ed esaustive sulle circostanze del rischio (1892 e 1893 Codice Civile).

In caso di sinistro, è necessario che l'Assicurato o i suoi aventi diritto presentino, non appena ne abbiano la possibilità, la relativa denuncia a Generali Italia. L'inottemperanza anche ad uno solo degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo dovuto.



Quando e come devo pagare? Quali sono le condizioni di adesione?

Il premio dovrà essere corrisposto dalla Contraente con frazionamento mensile anticipato.

L'assicurazione è prestata per gli Assicurati con domicilio in Italia, ossia dipendenti e relativi familiari come identificati nell'art. 2 Assicurati, che la Contraente dovrà indicare entro il:

- 28 febbraio 2024 per il personale in servizio

- 30 aprile 2024 per il personale in servizio lungo assente o in esodo

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salve le eccezioni indicate all'art. 14.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2023 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati

- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno dopo il pagamento.

e scade alle ore 24:00 del 31/12/2025.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.



Come posso disdire la polizza?

La presente copertura è senza tacita proroga e, pertanto, si intende automaticamente disdettata alla sua scadenza naturale

Assicurazione malattie - rimborso spese mediche in forma completa

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: Generali Italia S.p.A.
Prodotto: Genera Salute RSM M85-854
Edizione 12/2023



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

GENERALI ITALIA S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali; la sede legale è in Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com; indirizzo PEC: generalitalia@pec.generaligroup.com.

Generali Italia è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Patrimonio netto al 31/12/2021: € 9.050.863.796 di cui € 1.618.628.450 relativi al capitale sociale e € 7.130.519.742 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet <https://www.generali.it/note-legali>.

Requisito patrimoniale di solvibilità: € 7.827.344.769,68

Requisito patrimoniale minimo: € 3.359.474.146,09

Fondi propri ammissibili: € 19.238.700.398,43

Indice di solvibilità (solvency ratio): 246% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- acconsentire alla visita dei medici inviati da Generali Italia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che Generali Italia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

	<p>Assistenza diretta/in convenzione:</p> <p>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 di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa. Gli assicurati devono attivare la Centrale Operativa per tutte le prestazioni da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>Non sono previste forme di gestione da parte di altre imprese diverse da quelle di cui al punto precedente.</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<p>Generali Italia effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate – procedendo al pagamento entro 30 giorni.</p> <p>L'esercizio del diritto di recesso per ripensamento rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.</p>



Quando e come devo pagare? Quali sono le condizioni di adesione?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non previsto



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Genera Salute RSM è rivolta al personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano Sanitario 2024 – 2025 e già aderente nel 2023 alla Polizza Denti TREVISIO



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a: Generali Italia S.p.A. - Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 8433004 - e.mail: reclami.it@generali.com</p> <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.</p> <p>Generali Italia ha termine 45 giorni per rispondere al reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;2. Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;3. Breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;4. Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito;5. Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p>E' possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a: Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 - 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail generali_mediazione@pec.generaligroup.com</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.</p>

AVVERTENZA: PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DEDICATA (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.Gruppo Unicredit - ed. 12/2023)

UNI.CA Cassa Assistenza / Denti Treviso – 430363186



ART. 1 DEFINIZIONI

Annualità assicurativa	Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto GeneraSalute RSM (Mod. M85/854).
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma
Carenza/termini di aspettativa	Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia
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
Ciclo di cura	Il totale delle sedute prescritte/effettuate per singola tipologia di terapia prevista per sede anatomica ed inviate in un'unica soluzione.
Condizioni di assicurazione (CDA)	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata, quindi senza pernottamento.
Difetto fisico	La deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite
Durata contrattuale	Il periodo durante il quale il contratto è efficace
Evento/Data Evento	Prestazioni Ospedaliere - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio. Prestazioni Extraospedaliere - la data del sinistro è quella in cui si è verificata la prestazione; per la polizza Opzione 1 Integrativa LTC "Non autosufficienza e Servizi assistenziali" il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il sopravvenuto stato di non autosufficienza.
Franchigia	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo viene detratto dall'ammontare dell'indennizzo. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Generali Italia	L'impresa assicuratrice Generali Italia S.p.A., con sede legale in Mogliano Veneto, via Marchesa 14.
Indennizzo	La somma dovuta da Generali Italia in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	L'atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. Può avvenire in regime di ricovero ordinario o day surgery con o senza degenza.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	La prestazione chirurgica, senza degenza, effettuata in ambulatorio o ambulatorio protetto, in anestesia locale e/o analgesia anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con polipectomia, ago aspirato.
Istituto di Cura	L'ospedale, la clinica o la casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
IVASS	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
LTC - Long Term Care	Piano assicurativo che copre i costi derivanti dall'impossibilità di compiere le normali attività della vita quotidiana a seguito di non autosufficienza.
Lungodegenza	Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non

può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento

Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. La gravidanza non è considerata malattia.
Malattia oncologica	La malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Massimale	La spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie
Non autosufficienza	L'incapacità, tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni, di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana correlate alla mobilità, all'alimentazione e all'igiene personale in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL).
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 2 "Assicurati" delle Condizioni di Assicurazione del Piano Sanitario BASE del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit
Piano sanitario Base	La polizza malattia/infortuni sottoscritta dal Contraente a favore dell'Assicurato per il personale in servizio: Plus o Extra
Premio	La somma dovuta dal Contraente a Generali Italia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione e definisce il perimetro di tutte le garanzie attive.
Protesi	Il dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.
Regime di assistenza diretta	L'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.
Regime rimborsuale	Il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	L'importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Sport professionistico	Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono prestazioni convenzionate il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
Struttura Organizzativa	La struttura nominata Europe Assistance 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 i servizi assistenziali previsti solo nella polizza Opzione 1 Integrativa LTC.
Ticket sanitario	Il contributo pagato per la prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, erogata da una struttura del SSN o da una struttura privata con questo accreditata.
SSN (Servizio Sanitario Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

Art. 2 Assicurati

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano Sanitario 2024 – 2025 e già aderente nel 2023 alla Polizza Denti TREVISO.

Il passaggio fra aziende del Gruppo di persone già assicurate non costituisce in ogni caso novazione del rapporto di assicurazione.

L'Assicurazione è prestata gratuitamente a favore dell'intero nucleo familiare assicurato ad Uni.C.A. Pertanto, l'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari come di seguito specificato:

- 1) il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- 2) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
- 3) i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia, a cui sono equiparati i figli non fiscalmente a carico, risultanti sullo stato di famiglia dell'altro genitore separato o divorziato;
- 4) gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia compresi i figli del solo coniuge/convivente more uxorio;
- 5) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi che non abbiano compiuto 35 anni alla data di inserimento in copertura, non coniugati e non conviventi more uxorio (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi);
- 6) i genitori ultrasessantenni non conviventi (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 2), 3) e 4) l'inclusione deve riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruitori di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal pre-detto obbligo).

Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro, il dipendente in servizio assicurato si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, l'Assicurazione resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi. Ai fini dell'operatività della garanzia, i dipendenti in servizio devono far pervenire la scheda di adesione entro il termine comunicato dall'azienda di appartenenza insieme all'autorizzazione per l'addebito del relativo premio, pena la decadenza del diritto. Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, può essere sempre incluso in garanzia, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal dipendente in servizio assicurato.

L'adesione degli assicurati alla polizza è su base volontaria



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

Generali Italia garantisce il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni di seguito indicate, purché conseguenti ad infortunio o malattia, alle condizioni previste dal presente contratto.

Per ottenere le prestazioni l'assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il SSN
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il SSN

Art. 4 Cure e protesi dentarie

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa gli assicurati (secondo i limiti presenti nelle tabelle sotto riportate) a fronte di richieste corredate da rimborso fatture, rilasciate da medici od odontotecnici che esercitano presso studi medico-dentistici, attestanti le spese sostenute per prestazioni dentistiche (odontoiatriche, protesiche ecc.).

Si possono presentare a rimborso fatture di laboratori odontotecnici solo per protesi complete superiori e/o inferiori (14 o 28 elementi) o per riparazioni/ribasatura di protesi mobili.

Le prestazioni devono essere sempre specificate per tipo, numero ed importo unitario di spesa; devono inoltre essere indicati i denti sui quali tali prestazioni sono state effettuate, utilizzando un modulo all'uopo predisposto, che dovrà essere compilato e sottoscritto dal medico dentista.

Nell'ambito di una stessa cura dentaria sono rimborsate al massimo 2 visite odontoiatriche.

Per il rimborso degli interventi di parodontologia è necessario produrre una certificazione attestante la patologia e il tipo di intervento che si è reso necessario.

Si riportano di seguito le spese rimborsabili:

CLINICA E CHIRURGIA

Visita (max. 2 visite per ogni cura)	80% spesa sostenuta, max	€ 42
Radiografia indorale	80% spesa sostenuta, max	€ 21
Medicazione dentaria	80% spesa sostenuta, max	€ 21
Ortopantomografia	80% spesa sostenuta, max	€ 63
Estrazione dentale	80% spesa sostenuta, max	€ 63
Estrazione di un dente in inclusione ossea completa o parziale	80% spesa sostenuta, max	€ 145
Intervento di parodontologia (per ogni pilastro)	80% spesa sostenuta, max	€ 414
Rimozione di protesi fissa (per ogni pilastro)	80% spesa sostenuta, max	€ 42

ODONTOIATRICA CONSERVATRICE

Ablazione tartaro (per ogni seduta)	80% spesa sostenuta, max	€ 63
Cura e otturazione carie non penetrante	80% spesa sostenuta, max	€ 104
Cura e otturazione carie penetrante	80% spesa sostenuta, max	€ 124
Cura scanalare	80% spesa sostenuta, max	€ 208
Ricostruzione di dente devitalizzato	80% spesa sostenuta, max	€ 124
Terapie della paradentosi (ionoforesi, gengivectomia, molaggio selettivo, infiltrazioni intergengivali, legatura interdentale, ecc.)	80% spesa sostenuta, max	€ 414
Prevenzione dentaria (fluorizzazione, sigillatura, ecc.)	80% spesa sostenuta, max	€ 310

PROTESI FISSE

Elemento di protesi o capsula o corona	80% spesa sostenuta, max	€ 414
Perno moncone	80% spesa sostenuta, max	€ 166
Pernini parapulpari	80% spesa sostenuta, max	€ 63
Intarsio	80% spesa sostenuta, max	€ 208
Restauro e/o riparazione elemento di protesi	80% spesa sostenuta, max	€ 124

PROTESI MOBILI

Scheletrato con 3 o più elementi (comprensivo)	80% spesa sostenuta, max	€ 1.240
Scheletrato con 3 o più elementi (comprensivo di attacchi)	80% spesa sostenuta, max	€ 1.860
Protesi completa superiore o inferiore (14 elementi)	80% spesa sostenuta, max	€ 1.450
Protesi completa superiore e inferiore (28 elementi)	80% spesa sostenuta, max	€ 2.900
Elemento di scheletrato o di protesi completa superiore e/o inferiore o di protesi mobile	80% spesa sostenuta, max	€ 124
Gancio e/o attacco:	80% spesa sostenuta, max	€ 166
Riparazione o ribasatura protesi	80% spesa sostenuta, max	€ 208

IMPLANTOLOGIA

Intervento chirurgico (per emiarcata)	80% spesa sostenuta, max	€ 414
Impianto e/o perno	80% spesa sostenuta, max	€ 414

Art. 5 Cure ortodontiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia indennizza le domande di rimborso (secondo i limiti presenti nelle tabelle sotto riportate) corredate di:

- prescrizione medico specialistica dalla quale risulti il tipo di malformazione, la probabile durata delle cure ed il tipo di apparecchio - fisso, mobile o misto - da applicare

- fattura/ricevuta attestante la spesa sostenuta.

CHECK-UP

Ortopantomografia, teleradiografia, tracciato e analisi cefalometrica, serie fotografica, esame elettromiografico, modelli di studio	80% spesa sostenuta, max	€ 332
--	--------------------------	-------

TERAPIA

Per ogni anno di cura con apparecchiature rimovibili e funzionali (comprese visite di controllo):	80% spesa sostenuta, max	€ 1.300
Per ogni anno di cura con apparecchiature fisse o miste (comprese le visite di controllo):	80% spesa sostenuta, max	€ 1.500



Che cosa NON è assicurato?

Art. 6 Patologie pregresse

Sono incluse nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

Art. 7 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2023.

È concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2025, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.

Fino al limite di età previsto dalla presente copertura, viene data la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto all'art. 8 "Esclusioni".



Ci sono limiti di copertura?

Art. 8 Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
- 2) La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- 3) Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto

- 4) I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- 5) Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- 6) I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura perinterventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 7) Gli interventi di sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo
- 8) Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
- 9) Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
- 10) Gli infortuni causati da azione dolose compiute dall'Assicurato
- 11) Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 12) Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- 13) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- 14) Visite e cure mediche effettuate/prescritte da medico generico o con specializzazione non attinente alla patologia che ha motivato la prestazione
- 15) Visite ed accertamenti per il rilascio/rinnovo di patenti, del certificato di sana e robusta costituzione, del certificato di idoneità alla pratica sportiva
- 16) Visite, accertamenti e/o perizie per assicurazione
- 17) Esami effettuati presso le farmacie
- 18) Controlli medici a carattere aspecifico e check-up
- 19) Controllo medico di referti di esami clinici
- 20) Materiale sanitario in genere, acqua termale per inalazioni
- 21) Medicinali
- 22) Spese sostenute per il rilascio di documentazione sanitaria (cartella clinica, certificati e atti medici in genere) e per il pagamento di diritti sanitari
- 23) Vaccini
- 24) Protesi dentarie provvisorie
- 25) Cure fango-balneo-termali



Dove vale la copertura?

Art. 9 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 10 Oneri

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

Art. 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

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

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

Art. 12 Obblighi del Contraente

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

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

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

Generali Italia 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 nonché ad esibire i libri paga.

Art. 13 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.



Quali sono le condizioni di adesione?

Art. 14 Adesione Variazione della copertura in corso d'anno

L'assicurazione è prestata per gli Assicurati con domicilio in Italia, ossia dipendenti e relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare, che la Contraente dovrà indicare entro il:

- 28 febbraio 2024 per il personale in servizio
- 30 aprile 2024 per il personale in servizio lungo assente o in esodo

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salve le eccezioni di seguito indicate.

Inclusioni in corso d'anno

L'inclusione successiva alle date sopraindicate è permessa solamente nei seguenti casi:

- nuova assunzione;
- rientro in Italia di dipendente UniCredit precedentemente espatriato (ex Expat), a decorrere dal giorno del rientro, ovvero, se successivo, dal giorno seguente il termine della copertura prevista per il personale espatriato;
- nascita, adozione o affidamento di un figlio
- matrimonio;
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Compagnia entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Compagnia.

Inclusioni nel primo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Inclusioni nel secondo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 60% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Cessazione della copertura in corso d'anno

La cessazione della copertura prima della sua naturale scadenza del 31/12/2025, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente;
- b) decesso del dipendente o di un familiare assicurato;
- c) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;
- d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico; nel caso del figlio fiscalmente non a carico la cessazione della copertura è possibile solo al verificarsi anche di una delle due fattispecie:
 - costituzione da parte del figlio di un proprio nucleo familiare (matrimonio/convivenza more uxorio);
 - conseguimento da parte del figlio, nell'anno d'imposta in cui si verifica l'uscita dal nucleo, di un reddito complessivo superiore a € 26.000 annui lordi;
- e) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- f) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti dall'Art. 6 "Limite di età";
- g) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente.
- h) in caso di assegnazione del dipendente in servizio a una nuova sede di lavoro all'estero (si precisa che l'Assicurazione resta comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi, così come disciplinato nell'art. 2 "Assicurati")

Nei casi ai punti a), c), d), e) e f) l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente (eccetto i licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo o le cessazioni con instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit), lo stesso e gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di decesso del dipendente in servizio, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, lo stesso e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

Nel caso di cessazione della copertura del dipendente in servizio per assegnazione ad una nuova sede di lavoro all'estero, la copertura cesserà immediatamente con il verificarsi dell'evento.

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

Variazione della copertura in corso d'anno

Possono verificarsi durante la validità della copertura, le seguenti variazioni.

- a) gestione dei carichi fiscali

la comunicazione del carico fiscale in ciascun anno di copertura dovrà essere effettuata dall'Assicurato sulla base della situazione reddituale del proprio familiare consolidata nell'annualità precedente. Pertanto, eventuali variazioni della situazione reddituale del familiare dell'assicurato in corso d'anno non avranno effetto sulla determinazione del premio per l'annualità in corso ma costituiranno esclusivamente la base per la determinazione del premio nell'annualità successiva.

- b) Attribuzione a un dipendente in corso d'anno della qualifica di Dirigente o per il personale già Dirigente nel caso di assegnazione ad altro Global Bandi Title e viceversa: l'assicurato rimane incluso in assicurazione fino al termine dell'anno nel quale si è verificata la variazione della qualifica professionale.

A partire dal 1° gennaio dell'anno successivo, per l'Assicurato opereranno le condizioni previste dal "Piano assicurativo" relativo alla nuova qualifica professionale/Global Bandi Title per i Dirigenti. L'Assicurato, per il tramite della Contraente, ha la possibilità di includere in assicurazione i familiari del dipendente di cui all'art. 2 "Assicurati" punti da 1) a 5).


- c) cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza:

in caso di quiescenza del dipendente, l'assicurazione è operante fino al termine dell'anno nel quale si è verificata la cessazione del rapporto di lavoro.

- d) variazione per un familiare già assicurato dello stato di convivenza/non convivenza risultante dallo stato di famiglia: La modifica dello stato di convivenza per un familiare già assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuta la modifica.

- e) variazione da convivente more uxorio a coniuge:

In caso di matrimonio nel corso di un anno assicurativo con il convivente more uxorio già assicurato, la modifica non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuto il matrimonio.

 Salvo buon fine: la garanzia opera dalla data di decorrenza o dalle scadenze successive indicate in Polizza anche se gli importi di premio non sono stati ancora ricevuti da Generali Italia; ciò a condizione che il pagamento del premio venga successivamente accreditato. In caso contrario la garanzia non opera o rimane sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 15 Entrata in vigore dell'assicurazione- Tacito Rinnovo -diritto di recesso

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

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2023 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno dopo il pagamento.

e scade alle ore 24:00 del 31/12/2025.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

E' prevista la facoltà di recesso da parte della Contraente.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 16 Reti convenzionate

Rete delle "Strutture Convenzionate"

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

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio contenuta nel Allegato 1 del Piano sanitario Base .

Art. 17 Criteri di liquidazione

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

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

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

La richiesta di rimborso può essere inviata tramite internet o App. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al portale Welfare > il portale Welfare > Uni.C.A. > GENERALI (2024-25) , da APP (previa registrazione/login), da pagina web (previa registrazione login), entrambe attive dal 1°marzo 2024.

Art. 18 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia

- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri

presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Contratto.

Art. 19 Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della Cartella clinica).

Art. 20 Controversie

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

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

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

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

Art. 21 Rimborso da Enti

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

Art. 22 Lingua in cui è redatto il contratto

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

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: generalitalia@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.