POLIZZA SANITARIA FACI DIACONI 2024

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
A FAVORE DEI DIACONI ASSOCIATI ALLA F.A.C.I.
(Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia)

SET INFORMATIVO

Il presente Set Informativo contiene:

- il Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)
- il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)
- le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018

PRONTI ALLA VITA.
cattolica.it | scarica l'app

CATTOLICA* ASSICURAZIONI
DAL 1896
*Marchio di Generali Italia S.p.A.

Polizza Sanitaria

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A

Prodotto: "FACI DIACONI 2024"

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela i Diaconi Associati alla Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia e i loro familiari.

Che cosa è assicurato?

La Società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate/massimali indicati nella scheda di polizza.

 Ricovero: rimborso delle spese conseguenti a ricovero, anche in regime di day hospital, per intervento chirurgico, Si intendono comprese: le spese di soggiorno; le spese infermieristiche; i costi di utilizzo della sala operatoria; i costi di esami di laboratorio e/o radiologici; gli onorari dei medici; le spese per medicinali e medicazioni; il costo di apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento.

Si intendono inoltre compresi in garanzia:

- Il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero, se connesse al ricovero stesso, conseguenti ad esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali;
- Le spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti l'intervento.

 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; analisi, terapie e trattamenti medici (limitatamente a: ecografia; tac; elettrocardiografia; doppler; holter cardiaco e pressorio; diagnostica radiologica; elettroencefalografia; risonanze magnetica nucleare; scintigrafia; cobaltoterapia; chemioterapia; laserterapia; telecuore; dialisi; litotrissia; elettromiografia); indagini endoscopiche; indagini computerizzate (limitatamente a: quelle del campo visivo; topografia corneale; pachimetria; mineralometria ossea)

Che cosa non è assicurato?

Principali rischi esclusi:

- **Tutte le coperture:** malattie mentali; gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato; gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni; le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche; le conseguenze di guerra; le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari; le conseguenze di risse
- **Ricovero:** le spese di conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura; spese non direttamente correlate all'intervento.

Ci sono limitazioni alla copertura?

Limitazioni di garanzia delle Sezioni:

- ! Esistono inoltre limiti di indennizzo, franchigie, scoperti specifici per singole garanzie e tipologia di beni / eventi assicurati.
- ! le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio
- ! le protesi dentarie
- ! Per ciascuna garanzia sono stabilite specifiche esclusioni.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

Dove sono coperto dall'assicurazione?

L'assicurazione vale per il mondo intero

Che obblighi ho?

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché l'annullamento dell'assicurazione. Tuttavia, quelle rese dal Contraente all'atto della stipulazione della polizza, così come la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti il rischio, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo o risarcimento né riduzione dello stesso, sempreché tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio e l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.

Quando e come devo pagare?

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società alle scadenze pattuite. Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:
- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante, presso l'Agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Quando inizia e quando finisce la copertura?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento del premio scaduto.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto è stipulato senza tacito rinnovo, cessa il suo effetto senza necessità di alcuna comunicazione il 31 dicembre 2024

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

Polizza Sanitaria

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

Società: Società Cattolica Assicurazione

Prodotto: Polizza sanitaria per FACI DIACONI 2024

Data di Realizzazione 10/2023 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A.; la sede legale Sede Legale è in Via Marocchesa,14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA; recapito telefonico 041.5492111; sito internet: www.cattolica.it – Pec cattolica@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.

La Società è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927

Patrimonio netto al 31/12/2022:

€ 8.261.280.687 di cui € 1.618.628.450 relativi al capitale sociale e € 6.102.442.208 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: € 7.114.757.111

Requisito patrimoniale minimo: € 2.957.524.169

Fondi propri ammissibili (a copertura SCR): € 19.044.881.429

Indice di solvibilità (solvency ratio): 268% (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?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle diverse coperture.

L'Impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente e dei limiti di indennizzo/risarcimento indicati nella scheda di polizza e/o nelle Condizioni di Assicurazione. **Esempio**: le prestazioni infermieristiche saranno rimborsabili fino alla concorrenza di un massimale di € 5.165

Che cosa NON è assicurato?

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

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

Ci sono limiti di copertura?

La garanzia non è operante per
- le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
- le protesi dentarie, le cure dentarie e le parondotopatie quando non siano rese necessarie da infortunio.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, 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 e 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 questionario all'uopo predisposto;
	Assistenza diretta/in convenzione: È previsto un network di Istituti di cura convenzionati. Il ricorso ad uno dei suddetti Istituti prevede il pagamento diretto delle prestazioni da parte della Società. L'Assicurato ha la possibilità di utilizzare le strutture della rete convenzionata attivando la Centrale Operativa con uno dei seguenti canali a sua scelta: • Telefonico: chiamate dall'Italia o dall'estero al +39 02 82951133, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00. • Tramite portale web raggiungibile all'indirizzo https://areaclienti.cattolica.it/ • Tramite l'App MyCattolica. 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.
	Gestione da parte di altre imprese*:* Non presente
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Obblighi dell'impresa	Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvederà al pagamento del sinistro.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Rimborso	A seguito di recesso dal contratto, se non con effetto dalla scadenza di una rata di premio, si farà luogo al rimborso al Contraente del premio annuo pagato e non goduto, tranne le imposte.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

A chi è rivolto questo prodotto?

Ai Diaconi iscritti alla FACI.

Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	0,0 %

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata a Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187; • Tramite il sito internet della Compagnia www.cattolica.it, nella sezione Reclami; • Tramite mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com. La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari bancari e dei broker, compresi i loro dipendenti e collaboratori, possono essere indirizzati direttamente all'intermediario e saranno da loro gestiti. Qualora il reclamo pervenisse a Generali Italia, la stessa provvederà a trasmetterlo senza ritardo all'intermediario interessato, dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	*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** . Info su: **www.ivass.it***

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

Mediazione	La legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita. Le istanze di mediazione devono essere inoltrate per iscritto a Generali Italia. Gli organismi di mediazione sono consultabili nel sito www.giustizia.it tenuto dal Ministero della Giustizia.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. **Facoltativa**

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato medico: - 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 Liti transfrontaliere Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

POLIZZA SANITARIA FACI DIACONI 2024

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
A FAVORE DEI DIACONI ASSOCIATI ALLA F.A.C.I.
(Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione
(MOD. DIAFACI 2 - ED. 07/2023)
sono parte integrante del Set Informativo,
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni
  (MOD. DIAFACI DIP - ED. 10/2023)
- il DIP Aggiuntivo Danni
  (MOD. DIAFACI DIP AGG - ED. 10/2023)

e sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

PRONTI ALLA VITA.
cattolica.it | scarica l'app

CATTOLICA* ASSICURAZIONI
DAL 1896
*Marchio di Generali Italia S.p.A.

PRONTI ALLA CHIAREZZA

CONVENZIONI GRAFICHE APPLICATE NEI TESTI

- titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi: **MAIUSCOLO**
- punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento: **grassetto**
- specifiche, richiami a norme o articoli *corsivo*

ELEMENTI DI ATTENZIONE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

→ informazione importante: le cose chiave e utili da sapere

i focus: approfondimenti, specifiche, casi, esempi…

? cosa fare: istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di…

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA 4

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE 7

OGGETTO ASSICURATO

COSA È ASSICURATO 9
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ 10
COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA 11

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO "COSA FARE IN CASO DI…"

COSA FARE IN CASO DI 12

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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
www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com

GLOSSARIO

GLOSSARIO

"Per scegliere, devo capire."

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste condizioni di polizza, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Ti guideranno nella comprensione di ciò che hai acquistato: per avere certezze e fugare ogni dubbio.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

Assicurato
il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.

C

Centrale operativa
La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Welion S.c.a.r.l., provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.

Contraente
Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio

D

Day – Hospital
Degenza senza pernottamenti in Istituti di cura pubblici o privati.

G

Generali Welion S.c.a.r.l.
GENERALI WELION S.C.A.R.L., con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale10.000,00 euro, interamente versato, inscritta al registro imprese Venezia Giulia con partita iva no.01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A..

I

Indennizzo
La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio
Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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.

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".

M

Malattia
Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

P

Polizza
Il documento che comprova il contratto di assicurazione.

Premio
La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Protesi
Artifizio tecnico che ha lo scopo di sostituire la funzione di un organo o di migliorarne le prestazioni

R

Ricovero o Degenza
La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

S

Scoperto
La parte di danno 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
Si intende per definizione e in qualunque circostanza Generali Italia S.p.A..

Struttura Organizzativa
La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Welion S.c.a.r.l., provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

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 delle persone assicurate, con le modalità descritte nelle presenti condizioni. 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 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.

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 15° 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.
Il pagamento del premio può essere effettuato scegliendo fra:
assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società, o altri metodi di pagamento elettronico;
contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

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 o quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 8.1 MISURE RESTRITTIVE

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

OGGETTO ASSICURATO

1 – 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:

- i DIACONI associati alla FACI
- le persone facenti parte del nucleo familiare dei DIACONI associati alla FACI, come da certificato di stato famiglia

riportati nell'elenco che verrà fornito dal contraente entro il 25/02/2024. Le modifiche, conseguenti all'inserimento di nuovi associati, segnalate nel corso dell'annualità assicurativa saranno oggetto di successiva regolazione. A favore di tali Assicurati la garanzia vale per le sole prestazioni previste dall'art.10 punti 1 e 2 delle norme che regolano l'assicurazione sanitaria, 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 situazioni patologiche insorte anteriormente all'adesione al presente contratto, sempreché non si tratti di situazioni in corso o già diagnosticate al momento dell'adesione al contratto medesimo. La garanzia non è operante per le persone che abbiano superato il 75° anno di età; tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio**.**

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 2.

1. RICOVERO

1.1) 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 **con esclusione delle spese connesse al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura.**
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.

1.2) S'intende inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi a ricovero e a day-hospital con intervento chirurgico, **sempreché strettamente connesse alla patologia che ha causato il ricovero o il day-hospital 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. 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.**

1.3) È compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti l'intervento chirurgico, anche ambulatoriale, **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 ciascun Assicurato e per anno assicurativo
L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'assicurato.

2. PRESTAZIONI EXTRA – OSPEDALIERE

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali prescritti dal medico curante per:
- interventi chirurgici;
- analisi, terapie e trattamenti medici limitatamente a quelli di seguito elencati: ecografia - tac - elettrocardiografia - doppler - diagnostica radiologica - elettroencefalografia - risonanze magnetica nucleare - scintigrafia - cobaltoterapia - chemioterapia - laserterapia - telecuore – dialisi – litotrissia – elettromiografia;
- indagini endoscopiche;
- indagini computerizzate limitatamente a quelle di seguito elencate:

del campo visivo – topografia corneale – pachimetria – mineralometria ossea.

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

2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 11 DATA DI EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha una durata di mesi dodici (12) e si conclude alle ore 24.00 del 31 dicembre senza obbligo di disdetta.

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

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute in data posteriore a quella di effetto del presente contratto ma prima della cessazione del contratto stesso, 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 e indirizzo.
Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute (art. 4 Variazioni del rischio).

3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 15 LIMITAZIONI E RISCHI ESCLUSI

LA GARANZIA NON È OPERANTE PER:

1. le malattie mentali puramente psichiche e funzionali (si intendono, pertanto, comprese le manifestazioni secondarie a malattie organiche quali l'arteriosclerosi e similari);
2. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (sono compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
3. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
4. le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
5. le protesi dentarie, le cure dentarie e le parondotopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
6. 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.);
7. le conseguenze di guerra;
8. le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari qualora, prendendone parte, l'Assicurato abbia infranto le leggi in vigore;
9. le conseguenze di risse, salvo il caso di legittima difesa.

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI”

TANTE SCELTE, QUALI DOVERI?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO:

- SUBITO
- DOPO
- DA SOLI
- CON L’AGENTE

ART. 16 OBBLIGHI DELL’ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – PAGAMENTO DELL’INDENNIZZO

IN CASO DI SINISTRO IL CONTRAENTE O L’ASSICURATO DEVONO:

RIMBORSO

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o Contraente deve darne avviso scritto all’Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, 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 e 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.

La Società 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, la Società effettua il pagamento all’Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.
La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l’apposito modulo sottoscritto, in cui è indicato l’indirizzo, e la documentazione che riguarda il sinistro, **oppure tramite internet**.
Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito http://www.Cattolica.it e cliccare sulla voce “Area Clienti”.
In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all’applicativo https://areaclienti.cattolica.it/.

PAGAMENTO DIRETTO - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

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

- Telefonico: chiamate dall'Italia o dall'estero **al +39 02 82951133**, **dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00**
- Tramite portale web raggiungibile all'indirizzo https://areaclienti.cattolica.it/
- Tramite l'App "MyCattolica".

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

La Rete delle "Strutture Convenzionate" con Generali Welion
Per "Rete" si intende l'insieme delle **strutture sanitarie** (Ospedali, Case di Cura, Studi Odontoiatrici e Centri Diagnostici), delle **prestazioni sanitarie** convenzionate 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 Cattolica: www.cattolica.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo così garantire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)
L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, deve contattare la Centrale Operativa **almeno 5 giorni feriali prima della data della prestazione** al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta, dell'equipe medica, della procedura chirurgica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

La Centrale Operativa è raggiungibile **dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 al numero sopra indicato**. In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all'Assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

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

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

È necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo comunicato dalla Centrale operativa o alleghi alla denuncia, se fatta tramite il canale on line, la prescrizione medica con i seguenti elementi (nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario):

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

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

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

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

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

Premesso che il pagamento diretto è una modalità di accesso alle prestazioni di polizza, l'eventuale non autorizzazione da parte della Centrale Operativa della prestazione richiesta in forma diretta non pregiudica la successiva valutazione ed eventuale pagamento del sinistro da parte della Società, tramite la modalità a rimborso.

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

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete
Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata la Società pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.
L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

ACCESSO AI SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI (accertamenti diagnostici/ visite specialistiche/ prestazioni odontoiatriche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)
Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare una **prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 3 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta, **della prestazione sanitaria** e del **medico** in caso di visite specialistiche.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato è necessario comunicare:
- nome e cognome della persona che deve effettuare la prestazione;
- contraente di polizza;
- recapito telefonico mobile - per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione;
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione;
- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o quesito diagnostico**. Nel caso di prestazione odontoiatrica tale documento non è necessario;
- nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel caso di prestazione odontoiatrica tale documento non è necessario.

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

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

L'Assicurato, al momento dell'accettazione presso gli ambulatori della struttura ospedaliera, dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle Condizioni di Assicurazione e consegnare la prescrizione contenente la diagnosi - o il quesito diagnostico - relativa alla prestazione richiesta e comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa all'atto della attivazione della forma diretta.

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

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

Premesso che il pagamento diretto è una modalità di accesso alle prestazioni di polizza, l'eventuale non autorizzazione da parte della Centrale Operativa della prestazione richiesta in forma diretta non pregiudica la

successiva valutazione ed eventuale pagamento del sinistro da parte della Società, tramite la modalità a rimborso.

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

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 ha comunicato il nominativo del medico 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 su presentazione degli originali o di copia conforme, delle relative 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.

Il presente allegato è stato redatto in quattro esemplari ad un solo effetto in Verona il _____

GENERALI ITALIA S.p.A.	*L'ASSOCIATO*	*IL CONTRAENTE*
_____	_____	_____

*Marchio di Generali Italia S.p.A.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com