

Aggiornamento 11/2022

Polizza Assistenza Sanitaria Integrativa Generali Italia n. 380200295

Chi si può assicurare: tutti i collaboratori **delle OSC aderenti ai soggetti firmatari AOI e Link 2007 e di altre OSC di cui all'art. 26, co. 2, lett. a e b**, della Legge n. 125/2014.

Inoltre si intende estesa ai collaboratori di **ulteriori organismi iscritti nell'apposito albo previsto dal comma 3 dell'art. 26 della L. n. 125/2014**, la cui finalità statutaria, nonché l'attività prevalente, è la cooperazione internazionale allo sviluppo.

Limiti di età degli assicurati: l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Dove valgono le garanzie: la polizza vale in Italia ed Europa.

Cosa si assicura:

- Interventi chirurgici ad alta specializzazione, come da allegato;
- Indennità sostitutiva: riconosciuta qualora l'intervento chirurgico ad alta specializzazione avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale
- Indennità giornaliera per ricovero diverso da intervento chirurgico ad alta specializzazione, in assenza di spese o di richiesta di rimborso;
- Rimborso spese mediche pre e post ricovero;
- Diaria da Day Hospital medico chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale;
- Ricovero per eventi diversi dai precedenti;
- Indennità da ingessatura;

Chi non si può assicurare: le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

GARANZIE PER PERSONA/ANNO

Garanzia		Massimale	Scoperti e franchigie
Interventi chirurgici ad alta specializzazione	€	40.000,00	In Rete: non previsti Fuori Rete: 20% minimo € 500,00
Indennità sostitutiva	€	70,00	Massimo 90 giorni
Rimborso spese mediche pre e post ricovero	€	2.000,00	
CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE OPERANTI			
Indennità giornaliera da ricovero diverso da intervento chirurgico ad alta specializzazione	€	60,00	Massimo 60 giorni
Rimborso spese mediche pre e post ricovero	€	2.000,00	
Indennità giornaliera da Day Hospital	€	60,00	Massimo 10 giorni
Indennità giornaliera da ricovero per parto fisiologico o aborto terapeutico	€	60,00	Massimo 60 giorni
Indennità giornaliera da ricovero per eventi diversi dai precedenti	€	60,00	Dal 3° giorno massimo 30 giorni
Indennità da ingessatura	€	30,00	Massimo 30 giorni

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Cosa non si assicura:

- il rimborso delle spese per controlli, vaccinazioni, profilassi e medicina preventiva in genere;
- il rimborso delle spese per l'acquisto di occhiali e lenti a contatto;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci o ad uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- le applicazioni di carattere estetico;
- le spese di natura alberghiera.

PROCEDURE PER IL RIMBORSO

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

La Centrale Operativa è raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, contattando il numero 02 / 82951133.

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, all'atto della telefonata 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

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l'assicurato trasmetta via fax allo 041/2598849 la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- 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 48 ore successive autorizza la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

Importante: il diritto all'indennizzo si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il sinistro. Pertanto qualora la definizione della pratica non avvenga entro due anni dalla data del sinistro, è necessario far pervenire comunicazione scritta di interruzione dei termini di prescrizione. Si avranno a disposizione altri due anni per addivenire ad una definizione e così via.

***La presente nota informativa ha scopo semplificativo, a livello contrattuale fa fede il testo di polizza.**