

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

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

ANM (Associazione Nazionale Magistrati) – 460343248



Data ultimo aggiornamento: 12/2025

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
Centrale Operativa Medica	La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Italia, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery	La degenza in istituto di cura limitata a una sola parte della giornata.
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.
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 Marochesa 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 biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
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.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
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.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia per i quali Generali Italia è disposta a prestare l'assicurazione in base a una delle seguenti opzioni, espressamente indicata all'art. 2: a) "nucleo da stato di famiglia": coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età; b) "nucleo fiscalmente a carico": coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia se fiscalmente a carico dell'Assicurato; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.

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.
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.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto da Generali Italia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
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 Sanita- rio Nazionale)	Il servizio sanitario erogato dello Stato Italiano.

Art. 2 Assicurati

La Società assicura gli iscritti alla ANM (Associazione Nazionale Magistrati) ed i relativi nuclei familiari (coniuge anche legalmente separato o, in alternativa, il convivente more uxorio e i figli fino a 26 anni di età risultanti dal certificato di stato di famiglia o conviventi con almeno uno dei genitori se in affidamento) risultanti dagli elenchi trasmessi alla Società nei termini indicati al successivo punto 2.2. La Società assicura altresì i Dirigenti che prestano servizio presso un tribunale. L'età massima per il primo ingresso del Magistrato/Dirigente in assicurazione è stabilita in anni 70. Per i Magistrati l'iscrizione all'ANM è condizione di assicurabilità.

Il Magistrato/Dirigente che cessa dal servizio prima del compimento del 70° anno d'età potrà essere mantenuto in garanzia purché, alla data della cessazione, abbia maturato una anzianità assicurativa di almeno un anno. Per chi cessasse dal Servizio dopo il compimento del 70° anno, resta fermo il presupposto di una anzianità assicurativa pari ad almeno un biennio ai fini della continuità della copertura. Per cessazione dal servizio - prima o dopo il compimento del 70° anno di età - si intende l'evento contestuale al provvedimento di collocamento a riposo.

Su richiesta del Magistrato/Dirigente assicurato, la Società assicura il convivente more uxorio. Qualora quest'ultimo non risultasse dallo stato di famiglia, il Magistrato/Dirigente assicurato dovrà produrre all'atto dell'adesione o del rinnovo annuale, apposita auto-dichiarazione che ne attesti la convivenza. La Società assicura i figli del convivente purché risultanti dallo stato di famiglia.

Al momento dell'adesione il Magistrato/Dirigente potrà chiedere l'estensione delle prestazioni per i figli di età compresa tra i 27 e i 37 anni non compiuti conviventi con almeno uno dei genitori. Il Magistrato/Dirigente assicurato potrà chiedere la continuazione della garanzia per i figli conviventi con almeno uno dei genitori che al 1° ottobre dell'annualità assicurativa in cui la richiesta è presentata non abbiano ancora compiuto il 28° anno d'età. L'ulteriore continuazione della copertura può essere richiesta dal Magistrato/Dirigente assicurato per i figli non coniugati conviventi con almeno uno dei genitori che al 1° ottobre dell'annualità assicurativa in cui la richiesta è presentata non abbiano ancora compiuto il 38° anno d'età. Dette estensioni sono prestate sul presupposto che il Magistrato/Dirigente verserà entro il 31 gennaio dell'anno in cui le stesse dovranno avere corso - il relativo premio annuo supplementare. In caso di compimento del 28° o del 38° anno d'età o di cessazione della convivenza con i/il genitori/e nel corso dell'annualità assicurativa, la copertura resta comunque in vigore sino al termine della stessa annualità.

I figli del Magistrato/Dirigente assicurato non conviventi con almeno uno dei genitori possono aderire all'Assicurazione Sanitaria Collettiva solo in forma autonoma, anche in mancanza di continuità della garanzia, alle stesse condizioni normative previste per l'Opzione 2 previo versamento del relativo premio loro riservato.

Qualora si verificasse il decesso del Magistrato/Dirigente nel corso dell'annualità assicurativa, l'assicurazione resta in vigore a favore del suo nucleo familiare fino al termine della stessa annualità se il premio risulta essere già stato integralmente pagato o, altrimenti, sino alla fine del mese per cui è stata corrisposta l'ultima rata di premio in caso di pagamento mediante trattenuta sullo stipendio. In questa seconda ipotesi gli assicurati superstiti possono mantenere in vigore la copertura, provvedendo al pagamento del premio dovuto e non pagato in un'unica soluzione. Così facendo gli stessi acquistano il diritto di mantenere in vigore l'assicurazione anche per gli anni successivi, dietro versamento del relativo premio annuo. In caso contrario, qualora non venisse esercitata detta facoltà entro i tre mesi successivi alla morte del congiunto, il mancato pagamento della somma a saldo del premio dovuto per l'intera annualità assicurativa vale come volontà implicita di interruzione del rapporto.

Art. 2.2 - Modalità di adesione

Per ciascuna annualità il nuovo aderente/la contraente provvederà ad inviare a Mediass S.p.a. il modulo di adesione e copia della ricevuta di pagamento (ovvero delega al Ministero del Tesoro ad addebitare i premi sulle proprie competenze mensili) entro il 31 gennaio.

Trascorso il termine del 31 gennaio potranno essere assicurati in corso d'anno i magistrati di nuova nomina a condizione che gli stessi abbiano aderito e versato il relativo premi entro 60 giorni dalla nomina.

Resta inteso che:

- se l'inclusione nella polizza avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;*
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo.*



Che cosa è assicurato?

Art. 3 Rischi assicurati

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio e verificatisi nell'anno assicurativo. Le singole Garanzie, descritte negli articoli che seguono, sono prestate fino a concorrenza dei massimali, entro gli eventuali limiti di indennizzo e con l'applicazione delle franchigie e degli scoperti indicati negli articoli stessi e/o nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del SSN.

Se l'Assicurato paga soltanto il ticket previsto dal SSN per la prestazione effettuata Generali Italia rimborserà l'intero importo.

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia riconosce le spese sanitarie sostenute in caso di:

Art. 4.1 Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'allegato 1 lettera B.1 e B.2
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico** o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento** o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il **limite giornaliero di € 60** e per una durata non superiore al ricovero, con un **massimo di 30 giorni per annualità assicurativa**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento o ricovero**;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), **col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero**;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma **fino ad un massimo di € 1.600**.

In caso di parto con taglio cesareo Generali Italia rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 7.500 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 250**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per intervento**.

Ci sono limiti di copertura

Le spese mediche sostenute per gli interventi chirurgici per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione / miopia sono limitate ad un limite di **€ 1.300 per anno/occhio**. Si precisa che tale massimale si intende come sotto limite della garanzia **B.2 Intervento con ricovero, Day Hospital o ambulatoriale, parto cesareo e aborto terapeutico**.

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero** in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero indicato nell'allegato 1 lettera B.3;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione** dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo Generali Italia rimborsa le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del **limite di € 2.600 per evento**:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- le rette di degenza fino al **limite giornaliero di € 150**;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col **massimo di € 1.100 per ricovero**.

Art. 4.3 Precisazioni relative ai massimali, agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Ci sono limiti di copertura

Il rimborso delle spese sanitarie di cui ai precedenti artt. 4.1 e 4.2 avviene per ciascun sinistro entro il massimale e previa applicazione degli eventuali scoperti e franchigie indicati all'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo lettere B1, B2 e B3.

Le spese relative a vitto, pernottamento e trasporto sono riconosciute entro i limiti previsti nei precedenti artt. 4.1 e 4.2 senza applicazione di scoperti o franchigie.

Art. 4.4 Spese pre/post ricovero

Ci sono limiti di copertura

Le eventuali spese sanitarie precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nei precedenti artt. 4.1 e 4.2, sono riconosciute previa applicazione di uno scoperto del 15% che rimarrà a carico dell'Assicurato.



Come si calcola l'indennizzo?

Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni, speso € 2.000, applicazione di scoperto del 10% col minimo di € 500. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. **Totale speso dall'Assicurato € 2.500.**

Totale riconosciuto all'Assicurato € 1.850: ricovero € 1500 (il 10% di 2.000= 200 e quindi verrà applicato il minimo previsto di 500); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.5 Indennità sostitutiva

Che cosa è assicurato

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del SSN - esclusi eventuali ticket - Generali Italia riconosce una indennità sostitutiva:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

Le eventuali spese collegate all'intervento elencate agli artt. 4.1 e 4.2 sono comunque oggetto di rimborso da parte di Generali Italia in base a quanto indicato agli artt. 4.3 e 4.4.

Ci sono limiti di copertura

Nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.4, sono indicati l'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta.



Come si calcola l'indennizzo?

Esempio: ricovero chirurgico di 3 giorni in struttura del SSN, diaria sostitutiva € 100 al dì. Prestazioni pre/post ricovero speso € 200, applicazione di scoperto del 15%. Accompagnatore speso € 300, riconoscimento € 60 al dì. **Totale speso dall'Assicurato € 500.**

Totale riconosciuto all'Assicurato € 650: ricovero €300 (100x3gg di ricovero); pre/post ricovero € 170 (15% di 200=30); accompagnatore € 180 (60 x3)

Art. 4.6 Anticipo

Che cosa è assicurato

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

Art. 5 Maternità

Che cosa è assicurato

Generali Italia provvede al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza fisiologica o patologica, debitamente certificato:

- ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- Amniocentesi o Villocentesi o test equivalente (a titolo esemplificativo e non esaustivo Harmony test)
- visite di controllo ostetrico ginecologiche
- ecocardiografia fetale
- visite di controllo ginecologico post-parto
- visite urologiche
- ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post-parto.

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo lettera B.8

Art. 6 Cure oncologiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia rese necessarie da malattia oncologica ed eseguite esclusivamente in regime ambulatoriale o Day hospital.

Ci sono limiti di copertura

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato all'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.7. Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Esaurito il massimale le prestazioni indicate potranno essere rimborsate in base ad altre garanzie eventualmente presenti nel contratto.

Art. 7 Prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate a ricovero:

Elettrocardiografia	Dialisi	elettromiografia	Angiografia	Coronarografia
Ecografia	TAC	encefalografia	doppler	Arteriografia
Elettroencefalografia	RMN	endoscopia	ecocardiografia	chemioterapia
Scintigrafia	Agopuntura	funzionalità ormonale	cobaltoterapia	Diagnostica radiologica
Holter	Amniocentesi	villocentesi.	spermiografia	MOC
laserterapia	prestazioni fisioterapiche a seguito di infortunio certificato da struttura di pronto soccorso			

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.5.

Lo scoperto o franchigia che rimane a carico dell'Assicurato viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 8 Visite specialistiche

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per onorari dei medici:

- per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche di routine e di controllo della crescita, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.6.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione.



ATTENZIONE: si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico (anche se rientrante nella garanzia di cui all'art. 7) connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati a Generali Italia in un'unica richiesta di rimborso.

Art. 9 Trattamenti fisioterapici

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia od infortunio per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia e l'ortottica). Rientrano in questa garanzia le infiltrazioni a fini fisioterapici. Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso. Si precisa altresì che saranno ammesse a rimborso soltanto le prestazioni effettuate entro 2 anni dalla data dell'evento, purché in vigenza di polizza.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.6.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta per ciascuna prestazione o ciclo di terapia.



ATTENZIONE: in presenza di ciclo di cura la richiesta di rimborso deve essere fatta a conclusione del ciclo con la prescrizione del medico specialista nella patologia.



ATTENZIONE: in caso di fisioterapia da infortunio certificato da pronto soccorso, l'assicurato è libero di attivare questa garanzia o la garanzia di cui all'Art 7.

Art. 10 Cure dentarie da infortunio

Che cosa è assicurato

Generali Italia rimborsa, a parziale deroga dell'art. 17 Esclusioni - lett. K), le spese sostenute per cure e protesi dentarie a seguito di infortunio. L'infortunio deve essere documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.9.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 11 Diagnostica preventiva

Nel limite di € 220,00 per prestazione, la Società rimborsa - per ogni anno assicurativo - le spese che ciascun assicurato sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

per gli assicurati di sesso maschile:

- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace
- una visita urologica compresa ecografia addominale per accertamenti prostatici, esami citologici delle urine dopo i 50 anni, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia delle vie urinarie;

per gli assicurati di sesso femminile:

- una visita cardiologica con E.C.G., RX Torace;
- una visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale)

per tutti gli assicurati a prescindere dal sesso:

- un esame del sangue con seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, un esame delle urine, una visita oculistica.

In caso di presa in carico diretta presso studi convenzionati con Pronto Care, secondo le modalità operative illustrate dalla Procedura Operativa (*allegato 4*) che forma parte integrante del presente contratto, la Società tiene a proprio carico per ogni anno assicurativo i costi di una visita odontoiatrica e/o di una prestazione di ablazione del tartaro.

Nel limite di € 120,00 per prestazione sono rimborsabili per ogni anno assicurativo e per ciascun figlio le spese sostenute per una visita pediatrica.

Ci sono limiti di copertura

Il massimale annuo a disposizione e quanto rimane a carico dell'Assicurato sono indicati nell'art. 13 Tabella franchigie, scoperti, massimali e limiti di indennizzo, lettera B.10.

L'eventuale scoperto o franchigia viene applicato alla spesa sostenuta e documentata dall'Assicurato.

Art. 12 – Omissis

Art. 13 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

Ad integrazione di quanto indicato nelle singole garanzie valgono i limiti riportati nella tabella che segue.

Il massimale indicato nella tabella è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato nell'art. 2 Assicurati.

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza del relativo massimale e previa eventuale applicazione dello scoperto e/o della franchigia indicati nel relativo articolo o nella seguente tabella.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro Generali Italia indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese indennizzabili a termini di contratto, effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato.



Come si calcola l'indennizzo?

Garanzia Fisioterapia: Massimale € 1.000, a carico dell'Assicurato scoperto del 10% con minimo € 100

Esempio 1: speso € 1.500, rimborso € 1.000 il massimale

Esempio 2: speso € 1.100, rimborso € 990. Lo scoperto del 10% applicato alla spesa è pari a € 110. Massimale residuo € 10.

Esempio 3: speso € 800, rimborso € 700. Lo scoperto del 10% della spesa (€ 80) è minore del minimo e quindi resta a carico dell'Assicurato € 100. Massimale residuo € 800.

Descrizione Garanzia	Art.	Massimale	Scoperti e franchigie
B.1 Interventi chirurgici ad alta specializzazione (elenco allegato 2) - Retta di degenza	art. 4.1	€ 400.000 Limite giornaliero per retta non previsto	Scoperto: <i>in rete:</i> - nessuna franchigia per gli assicurati con età inferiore uguale a 70 anni - franchigia € 1.000,00 per gli assicurati con età maggiore di 70 anni <i>fuori rete :</i> franchigia € 2.500,00 Ticket: rimborso al 100%.
B.2 Intervento con ricovero, Day Hospital o ambulatoriale, parto cesareo e aborto terapeutico - Retta di degenza	art. 4.1	€ 150.000 Limite giornaliero per retta di degenza € 250	Scoperto: <i>in rete:</i> - franchigia € 800 per gli assicurati con età inferiore uguale a 70 anni - franchigia € 1.000,00 per gli assicurati con età maggiore di 70 anni <i>fuori rete :</i> - scoperto 25% con minimo di € 2.000 massimo € 10.000 - <i>intervento ambulatoriale</i> franchigia 350 € - <i>Day Hospital in rete</i> franchigia € 400 - <i>Day Hospital fuori rete</i> scoperto 25% con minimo di € 1.000 massimo € 5.000 Ticket al 100%.
B.3 Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico - Retta di degenza	art. 4.2	Limite giornaliero per retta di degenza € 250	
B.4 Indennità sostitutiva	art. 4.5	€ 100 Fino al massimo di 150 giorni per annualità assicurativa	
B.5 Extraricovero [Elenco art. 7]	art. 7	€ 6.000	Scoperto: <i>in rete:</i> franchigia € 30,00 <i>fuori rete:</i> 35%; Ticket al 100%.
B.6		€ 1.900	
- Visite specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche)	art. 8		Scoperto: <i>in rete:</i> franchigia € 30,00 <i>fuori rete :</i> 30%; Ticket al 100%.
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	art. 9	€ 500 (sotto limite)	<i>in rete:</i> franchigia € 30,00 <i>fuori rete :</i> prestazione non prevista; Ticket al 100%.
B.7 Cure oncologiche	art. 6	€ 10.000	
B.8 Pacchetto maternità	art. 5	€ 500	<i>in rete:</i> 20% <i>fuori rete:</i> 30%; Ticket al 100%.
B.9 Cure dentarie da infortunio			
B.10 Diagnostica preventiva	art. 11	€ 220 per prestazione	



Che cosa NON è assicurato?

Art. 14 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, 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.

Art. 15 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

L'assicurazione non prevede limiti di età.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.



Ci sono limiti di copertura?

Art. 16 Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) *gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) *gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- e) *le cure e le visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);*
- f) *le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- g) *le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- h) *gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alla prima applicazione;*
- i) *le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia;*
- j) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- k) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- l) *degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*
- m) *ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;*
- n) *cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;*
- o) *i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;*



Dove vale la copertura?

Art. 17 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Art. 18 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. 19 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. 20 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. 21 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.



Quando e come devo pagare?

Art. 22 Regolazione del Premio

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, il pagamento da parte del Contraente di un Premio. Entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- **relativamente alla nuova annualità assicurativa**, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché Generali Italia possa determinare il Premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di Premio minimo;
- **relativamente all'annualità trascorsa**, gli avvenuti inserimenti in garanzia con le corrispondenti date di decorrenza affinché Generali Italia possa procedere alla regolazione del Premio definitivo.

Per la regolazione del Premio resta inteso che se l'inserimento in garanzia è avvenuto nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione dell'intero Premio annuo per unità; se invece l'inserimento in garanzia è avvenuto nel secondo semestre dell'annualità assicurativa questo comporta la corresponsione del 60% del Premio annuo per unità.

A seguito di tali comunicazioni Generali Italia notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il Premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza Generali Italia si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per Generali Italia di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, Generali Italia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 23 Pagamento del Premio

I premi incassati direttamente da Mediass o per il tramite del Ministero del tesoro o dell'Istituto di Credito cui sia stato conferito apposito incarico, *dovranno essere corrisposti all'assicuratore entro il 31 marzo o entro 30 giorni dalla rimessa del Ministero; per i neominati il premio dovrà essere corrisposto entro 30 giorni dal versamento del premio da parte dell'interessato.* Il magistrato che ha delegato il Ministero dell'Economia o il Ministero della Giustizia ovvero l'Istituto di credito presso il quale ha in corso un rapporto di conto corrente bancario ad effettuare per suo conto il versamento del premio rispettivamente mediante trattenuta sullo stipendio ovvero mediante addebito permanente del proprio conto corrente, qualora intenda Recedere dal contratto è tenuto a darne preavviso anche a Mediass ovvero alla Società *almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa ovvero nei termini e con le modalità di cui all'atto di delega da lui sottoscritto.*

Qualora l'onere di effettuare la trattenuta o l'addebito fosse trasferito rispettivamente alla competenza di altro Dipartimento o Amministrazione Statale ovvero di altro Istituto di Credito il Magistrato è tenuto ad informare per iscritto Mediass ovvero la Società entro 30 gg. dal trasferimento.

Nello stesso termine e con le stesse modalità è altresì tenuto a comunicare eventuali cambiamenti di indirizzo.

Nel caso in cui il premio dovuto alla scadenza stabilita non risultasse ancora corrisposto la copertura in deroga al disposto dell'art. 1901, comma 2 c.c. rimarrà comunque in vigore per ulteriori 90 giorni dopo la scadenza della rata rimasta insoluta. Qualora nello stesso termine, il Magistrato produca a Mediass ovvero alla Società formale dichiarazione di aver nel frattempo interessato i competenti uffici Ministeriali ovvero il proprio Istituto di credito all'esecuzione del pagamento, la Società protrarrà il termine di decorrenza della sospensione di ulteriori novanta giorni.

Determinatasi la sospensione della garanzia, qualora le rate di premio arretrate venissero saldate nel corso della stessa annualità assicurativa, l'assicurazione è riattivata con effetto dalla data del pagamento senza dar seguito ad un nuovo periodo biennale di carenza per le patologie pregresse.

In caso di protratto mancato pagamento, la Società dilazionerà il termine di risoluzione del rapporto contrattuale di cui al 3° comma dell'art. 1901 C.C. sino ad un anno dalla data di decorrenza annuale dell'assicurazione o dal mese di applicazione dell'ultima trattenuta fermo il diritto dell'assicuratore all'esazione dei premi dovuti.

Altre modalità per il pagamento del premio possono costituire oggetto di apposito regolamento a parte.

I premi saranno pagati a Mediass e da questa versati ai Coassicuratori con le modalità e nei termini preconcordati con ciascuno di essi.

La Contraente non è tenuta al pagamento dei premi relativi ad Associati che non abbiano rinnovato la loro adesione od effettuato il versamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 24 Entrata in vigore dell'assicurazione - carenze

L'assicurazione decorre:

- dalle ore zero del 1° febbraio di ogni anno per i Magistrati in regola con il versamento del premio al 31 gennaio dello stesso anno;
- dalle ore 24 del giorno del versamento del premio per i neonominati:

a) del giorno della decorrenza della garanzia, per gli infortuni;

b) del trentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie manifestatesi successivamente alla data di decorrenza;

c) del 730° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie che siano l'espressione e la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnosticate o curate anteriormente alla data di decorrenza.

Relativamente ai ricoveri per parto nonché alle malattie della gravidanza e del puerperio e al pacchetto maternità, la garanzia opera dal trecentesimo giorno successivo alla data di decorrenza della garanzia, salvo risulti provato che la gravidanza è insorta successivamente alla suddetta data.

La garanzia si intende operante per gli infortuni avvenuti e le malattie manifestatesi successivamente alla data di decorrenza della garanzia, con esclusione delle prestazioni previste all'art. 8. Visite specialistiche, per le quali la garanzia opera a prescindere dalla data di manifestazione della patologia e di quelle previste all'Art.11), per le quali la garanzia opera a prescindere dalla esistenza di una patologia.

In caso di passaggio dalla Convenzione ANM n. 460343247 Interventi Chirurgici ad Alta Specializzazione ed extraricovero (Opzione 1) alla Convenzione ANM n. 460343248 Rimborso spese mediche (Opzione 2), le carenze non opereranno per le garanzie già assicurate con la Convenzione ANM n. 460343247 Interventi Chirurgici ad Alta Specializzazione ed extraricovero (Opzione 1).



Come posso disdire la polizza?

Art. 25 Proroga dell'assicurazione

Il contratto - sempre se stipulato per almeno un anno - è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente. L'eventuale disdetta va esercitata dal Contraente o da Generali Italia almeno 30 giorni prima della scadenza, con comunicazione per iscritto mediante:

- posta elettronica certificata (PEC);
- lettera raccomandata.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 26 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 che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 1).



ATTENZIONE: l'Assicurato deve attivare la Centrale Operativa in caso di intervento chirurgico da effettuare in struttura sanitaria privata per verificare l'appartenenza o meno di questa alla rete convenzionata con Generali Italia ed avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 27 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 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.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 28 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 con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto, in cui è indicato l'indirizzo, e la documentazione inerente il sinistro, **oppure tramite internet o l'App "My Generali"**. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo <https://areaclienti.generali.it/>.

Art. 29 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. 30 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. 31 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- a) in caso di ricovero, Day hospital, intervento ambulatoriale e di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui agli artt. 4.1, 4.2 e 4.5 delle Condizioni di Assicurazione, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero;
- b) per le garanzie di cui agli articoli dal 5 al 13 delle Condizioni di Assicurazione la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa o di autorizzazione ad effettuare la prestazione.

Art. 32 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.

SOMMARIO

Art. 1 Definizioni

Art. 2 Assicurati

Art. 3 Rischi assicurati

Art. 4 Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

Art. 4.1 Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o in ambulatorio

Art. 4.2 Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico:

Art. 4.3 Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero

Art. 4.4 Spese pre/post ricovero

Art. 4.5 Indennità sostitutiva

Art. 4.6 Anticipo

Art. 5 Maternità

Art. 6 Cure oncologiche

Art. 7 Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Art. 8 Visite specialistiche

Art. 9 Trattamenti fisioterapici

Art. 11 Cure dentarie da infortunio

Art. 12 Omissi

Art. 13 TABELLA FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI E LIMITI DI INDENNIZZO

Art. 14 Persone non assicurabili

Art. 15 Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Art. 16 Esclusioni

Art. 17 Validità territoriale

Art. 18 Oneri

Art. 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Art. 20 Obblighi del Contraente

Art. 21 Riservatezza dei dati personali

Art. 22 Regolazione del Premio

Art. 23 Pagamento del Premio

Art. 24 Entrata in vigore dell'assicurazione

Art. 25 Proroga dell'assicurazione

Art. 26 Reti convenzionate

Art. 27 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (richiesta di rimborso)

Art. 28 Criteri di liquidazione

Art. 29 Controversie

Art. 30 Rimborso da Enti

Art. 31 Determinazione dell'annualità assicurativa di competenza

Art. 32 Lingua in cui è redatto il contratto

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

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 **800.221.133, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00**
- Tramite portale Web raggiungibile all'indirizzo <https://areaclienti.generali.it>
- Tramite l'App My Generali

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 Generali Italia www.generali.it alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa. L'ufficio Convenzioni provvede all'aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire 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 9 alle 18**, 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

E' necessario che l'Assicurato trasmetta via mail all'indirizzo ricoveri.it@generali.com o alleggi 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 a Generali Italia direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

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 Generali Italia 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 presunta diagnosi**. Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato non è necessario.
- ☐ nominativo medico specialista (in caso di visita). Nel Caso di prestazione odontoiatrica tale dato 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 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 comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia 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 prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte di Generali Italia con modalità rimborsuale.

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.

Welion card - Accesso al network sanitario a tariffe agevolate

In caso di prestazioni non previste dalla Polizza oppure qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi comunque un centro clinico o studio odontoiatrico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato di Generali Italia tramite la Welion Card. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete". La Welion Card è disponibile nell'area riservata del portale di Generali oppure nell'App My Generali.

Lenti e occhiali

L'Assicurato può usufruire di tariffe agevolate per l'acquisto di lenti e occhiali se si rivolge alle strutture convenzionate con Generali Welion.

Per accedere alle tariffe agevolate come cliente di Generali Italia l'Assicurato deve esibire la Welion Card. La spesa sostenuta può essere richiesta a rimborso solo se rientra nel piano sanitario sottoscritto **con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete"**. La Welion Card è disponibile nell'area riservata del portale di Generali oppure nell'App My Generali.

ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Per facilitare la consultazione dell'elenco sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo od apparato, ed all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione ICD9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, con i primi due che identificano generalmente un organo/apparato/sistema, mentre il terzo ed il quarto specificano sede e tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono limitati al terzo carattere per identificare interventi che non richiedono ulteriori specificazioni ovvero che raggruppano per analogia quelli che differiscono esclusivamente per il quarto carattere.

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)
2. Interventi sul sistema endocrino (06-07)
3. Interventi sull'occhio (08-16)
4. Interventi sull'orecchio (18-20) associati a Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)
5. Interventi sul sistema respiratorio (30-34)
6. Interventi sul sistema cardio vascolare (35-39)
7. Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)
8. Interventi sull'apparato digerente (42-54)
9. Interventi sull'apparato urinario (55-59) e Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)
10. Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)
11. Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)
12. Interventi sui tegumenti (85-86)

1. Interventi sul sistema Nervoso (01–05)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Craniotomia e craniectomia (decompressiva e/o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia e craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.25	Altra craniectomia
	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	01.32	Lobotomia e trattotomia
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi e/o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali
	03.59	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

2. Interventi sul sistema Endocrino (06–07)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.52	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

3. Interventi sull'Occhio (08–16)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare

4. Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)
--

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)

Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronariche	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi
Resezione di vasi intracranici con sostituzione	38.41	Resezione di vasi intracranici con sostituzione
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi

Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
Bypass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAS
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 – 54)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloro plastica e/o dilatazione del piloro	44.2	Piloro plastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistomia e colecistostomia	51	Interventi sulla colecisti e sulle vie biliari
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatica	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfadenectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario 55 - 59 e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale

Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colpo-sospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Riduzione cruenta di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e decompressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
Artrodesi vertebrale (qualsiasi sede e metodica) eccetto cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
Artrodesi delle vertebre lombari e lumbosacrali, approccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lumbosacrali, approccio anteriore
Artrodesi lombare e lumbosacrale, approccio ai processi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lumbosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
Artrodesi lombare e lumbosacrale, con approccio posteriore	81.08	Artrodesi lombare e lumbosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

12. Interventi sui tegumenti (85 - 86)		
Tipo intervento	ICD9	descrizione ICD9
Mastectomia radicale monolaterale	85.45	Mastectomia radicale monolaterale

