



Protezione Sanitaria Famiglia

Soluzioni assicurative per la tutela anche in caso di infezione da Coronavirus COVID-19

 **GENERALI**

Agenzia Generale di
Roma Parioli Liegi



Protezione Sanitaria Famiglia



Cosa comprende?

- **Indennizzo forfettario per Intervento Chirurgico**

Massimale fino a € 50.000

Riconosce indennizzo forfettario per gli interventi chirurgici in regime di ricovero o day hospital resi necessari da malattia o infortunio.

- **Indennizzo forfettario in caso di Ricovero in Terapia Intensiva dovuto a Covid-19**

Massimale fino a € 5.000

- **Grandi Interventi e malattie oncologiche**

Massimale assicurato € 180.000

Permette di accedere alle migliori cure sanitarie proprio per quei casi dove l'importanza del rapido intervento e la libertà di scelta di professionisti e strutture sanitarie è fondamentale. L'importanza di una protezione di questo genere si comprende bene anche nel contesto attuale dove l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale potrebbe essere contingentato e disporre di una soluzione alternativa di alto profilo può fare la differenza.

- **Rimborso Spese Pre/Post Ricovero o Intervento chirurgico**

Massimale € 4.000 o € 6.000 o € 12.000

Rimborsa le spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia nei 60 gg precedenti ricovero/accertamenti diagnostici/ visite specialistiche; nei 60 gg successivi ricovero/intervento o alle dimissioni per esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici rieducativi. Rimborso ticket 100%, le altre spese vengono rimborsate all'80% (scoperto min. € 50,00)

- **Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio, Malattia o Parto**

Massimale fino a €/gg 200,00

Per ogni giorno di ricovero per massimo 360 giorni per annualità (nessuna franchigia)

- **Indennità giornaliera per Convalescenza da Infortunio o Malattia**

Massimale fino a €/gg 200,00

Per ogni giorno di ricovero per massimo 60 giorni (durata minima 0 gg)

- **Indennità aggiuntiva speciale per lesioni**

Indennizzo in caso di lesioni provocate da infortunio sulla base di importi prestabiliti in tabella a seconda della tipologia di lesione/frattura

- **Perdita dell'impiego**

Massimale fino a € 1.400 /mese

È una garanzia dedicata al lavoratore dipendente presso un'azienda o ente di diritto privato con la qualifica di dirigente, impiegato o quadro in base ad un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

- **Assistenza e Prevenzione Sanitaria**

Numero verde h24 per consulenza medica online e valutazione dei sintomi, servizi via App per ricerca farmacie e strutture sanitarie.

- **Check Up odontoiatrico e accesso al network per cure odontoiatriche**

Prevede per l'Assicurato di età superiore ai 25 anni, una visita odontoiatrica di controllo gratuita presso un dentista convenzionato con la prestazione di ablazione del tartaro. È prevista, inoltre, la possibilità di accedere ad un network sanitario di riferimento per l'odontoiatria per usufruire di tariffe agevolate e assistenza per fissare eventuali appuntamenti.



Protezione Sanitaria Famiglia



Cosa devo fare per acquistare la soluzione assicurativa?

1 . SCEGLI LE GARANZIE E I MASSIMALI

E' necessario decidere i massimali da inserire in polizza. Compila i seguenti campi:

- Indennizzo forfettario per intervento chirurgico
Massimale € 50.000
- Indennizzo forfettario ricovero in terapia intensiva per diagnosi di Covid-19
Massimale € 5.000
- Grandi Interventi e Malattie oncologiche
Massimale € 180.000 _____ (SI / NO)
- Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio, Malattia o Parto
Massimale €/gg _____ (indicare importo - max € 200,00)
- Indennità giornaliera per Convalescenza da Infortunio o Malattia **Massimale €/gg _____ (indicare importo - max € 200,00)**
- Rimborso Spese Pre/Post Ricovero o Intervento
Massimale € _____ (indicare importo € 4.000 / € 6.000 / € 12.000)
- Indennità aggiuntiva per lesioni speciali
_____ (SI / NO)
- Perdita dell'impiego
Massimale € _____ (indicare importo € 600 / € 800 / €1.000 / 1.200 / 1.400)
- Assistenza e Prevenzione Sanitaria
Sempre Operante
- Check Up odontoiatrico e accesso al network per cure odontoiatriche
_____ (SI / NO)



Protezione Sanitaria Famiglia



Cosa devo fare per acquistare la soluzione assicurativa?

2. COMPILA IL QUESTIONARIO MEDICO

Al fine di agevolare l'emissione della polizza assicurativa a distanza, senza recarsi fisicamente in agenzia, è necessario compilare digitalmente e firmare il questionario medico che troverai di seguito, uno per ogni componente della tua famiglia che intendi assicurare.

3. INVIA TUTTO ALL'INDIRIZZO:

INFO@WELCOMEWELFARE.IT

4. HAI BISOGNO DI ASSISTENZA E INFORMAZIONI?

Per avere maggiori informazioni in merito non esitare a contattarci:

Polizza n.

Codice Cliente:



La persona assicurata

Nome: _____ Cognome: _____
Professione: _____
Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____
Residenza: _____ CAP: _____
Telefono: _____ E-mail: _____



Questionario: Dichiarazioni dell'assicurato

Altezza (cm): _____ Peso: _____

Fumatore:

N.B. - Per "non fumatore" deve intendersi la persona che non abbia fatto uso, neanche sporadico, di tabacco negli ultimi due anni e che negli ultimi cinque anni non abbia dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica

Domanda 1: Terapie farmacologiche

Ha in atto o è stato sottoposto negli ultimi due anni a terapie farmacologiche (in via continuativa o a ciclo)?

Si No

TERAPIA

Motivo terapia:

In atto: _____ Farmaci (indicare anche dosaggio se conosciuto)

Ulteriori annotazioni:

TERAPIA

Motivo terapia:

In atto: _____ Farmaci (indicare anche dosaggio se conosciuto)

Ulteriori annotazioni:

Domanda 2: Ricoveri e interventi

È stato ricoverato (anche in regime di Day Hospital o ambulatoriale) con o senza intervento chirurgico?

Non indicare appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, parto naturale e/o cesareo esenti da complicazioni.

Si No

RICOVERO

Motivo ricovero/intervento:

Anno ricovero:

Il ricovero ha comportato un intervento chirurgico (anche ambulatoriale)?

Questionario: Dichiarazioni dell'assicurato

Ulteriori annotazioni:

RICOVERO

Motivo ricovero/intervento:

Anno ricovero:

Il ricovero ha comportato un intervento chirurgico (anche ambulatoriale)?

Ulteriori annotazioni:

Domanda 3: Altre patologie

Soffre o ha sofferto in passato di almeno una delle seguenti patologie o di una qualsiasi altra patologia che non abbia dato luogo a ricovero ospedaliero? Indicare le patologie (non dichiarate nelle risposte precedenti) che abbiano richiesto analisi, esami diagnostici e/o visite specialistiche.

Si **No**

PATOLOGIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alluce valgo | <input type="checkbox"/> Lesioni legamenti ginocchio, anche se conseguenti a infortunio |
| <input type="checkbox"/> Artrosi | <input type="checkbox"/> Lombosciatalgia |
| <input type="checkbox"/> Calcoli della colecisti o vie biliari | <input type="checkbox"/> Meniscopatie, anche se conseguenti a infortunio |
| <input type="checkbox"/> Calcoli renali | <input type="checkbox"/> Malattie del reflusso gastro esofageo |
| <input type="checkbox"/> Cisti ovariche | <input type="checkbox"/> Miopia (con oltre 5 diottrie di correzione) |
| <input type="checkbox"/> Fibromi uterini | <input type="checkbox"/> Neoplasie/tumori |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Patologie /lesioni della spalla, anche se conseguenti a infortunio |
| <input type="checkbox"/> Diverticoli | <input type="checkbox"/> Patologie della tiroide |
| <input type="checkbox"/> Emorroidi | <input type="checkbox"/> Polipi alle corde vocali |
| <input type="checkbox"/> Epatite virale | <input type="checkbox"/> Scoliosi |
| <input type="checkbox"/> Ernie discali | <input type="checkbox"/> Sinusiti croniche |
| <input type="checkbox"/> Ernie addominali | <input type="checkbox"/> Otitis croniche |
| <input type="checkbox"/> Ictus/infarto | <input type="checkbox"/> Ipertrofia dei turbinati |
| <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Sindrome tunnel carpale |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa | <input type="checkbox"/> Varicocele |
| <input type="checkbox"/> Ipertrofia dei turbinati, poliposi nasale | <input type="checkbox"/> Vene varicose |
| <input type="checkbox"/> Ipertrofia prostatica | |

PATOLOGIA

Patologia:

Patologia in atto:

Anno guarigione:

Specificare terapia in atto o eseguita:

Ulteriori annotazioni:

PATOLOGI



Questionario: Dichiarazioni dell'assicurato

Patologia:

Patologia in atto:

Anno guarigione:

Specificare terapia in atto o eseguita:

Ulteriori annotazioni:

Domanda 4: Traumi e infortuni

Ha subito negli ultimi 5 anni traumi e/o infortuni (comprese fratture o lesioni ai legamenti/tendini), dai quali siano derivati postumi invalidanti?

Si **No**

TRAMA / INFORTUNIO

Sede anatomica interessata:

Anno:

Tipo lesione:

Postumi invalidanti:

Ulteriori annotazioni:

TRAMA / INFORTUNIO

Sede anatomica interessata:

Anno:

Tipo lesione:

Postumi invalidanti:

Ulteriori annotazioni:

Domanda 5: Indennizzi e invalidità

Gode o ha goduto di indennizzi a titolo di invalidità o della qualifica di invalido/a?

Si **No**

INVALIDITA'

Causa invalidità:

Anno di riconoscimento:

Ente erogante:

Ulteriori annotazioni:

INVALIDITA'

Causa invalidità:

Anno di riconoscimento:

Ente erogante:

Ulteriori annotazioni:

Domanda 6: Altre assicurazioni

Ha in corso altre polizze malattia o infortuni? Non è necessario indicare la polizza che si sta sostituendo.

Si **No**

POLIZZA

Compagnia:

Scadenza copertura:



Questionario: Dichiarazioni dell'assicurato

Ulteriori annotazioni:

POLIZZA

Compagnia:

Scadenza copertura:

Ulteriori annotazioni:



I miei consensi Privacy

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ho preso visione dell'allegata informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi (art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016) e pertanto autorizzo il trattamento dei miei dati personali anche sensibili da parte di Generali Italia S.p.A., la loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa ed il trattamento da parte di questi ultimi per le finalità indicate.

Luogo e Data

L'Assicurato



Dichiarazioni finali

- Dichiaro, ai fini dell'efficacia dell'assicurazione, di non essere affetto o di non essere stato affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività da HIV, AIDS. Qualora presenti in polizza, ai fini delle garanzie Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio, Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio, Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio, Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio, Rendita vitalizia da infortunio, Rimborso spese sanitarie da infortunio, Indennità giornaliera per ricovero e per convalescenza da infortunio, oltre le affezioni di cui sopra, dichiaro di non essere affetto o di non essere stato affetto da epilessia e/o da una delle seguenti malattie mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive. Dichiaro inoltre di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:
 - Inassicurabilità se presenti attualmente;
 - Cessazione automatica dell'assicurazione contestualmente al loro manifestarsi in corso di contratto.
- Dichiaro che le informazioni e le risposte date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.
- Dichiaro di aver verificato l'esattezza delle dichiarazioni rese con il presente questionario.
- Dichiaro, inoltre, di aver fornito le dichiarazioni richieste conscio delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile).

Luogo e Data

L'Assicurato



Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che, conformemente a quanto comunicato con l'informativa sul trattamento dei dati personali fornita al momento della sottoscrizione del Profilo Cliente, i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative(2); (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare i dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, privacy.it@generali.com o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.

2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, , esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco



 **GENERALI**

Agenzia Generale di
Roma Parioli Liegi