

F.S.G.G.

Fondo Sanitario dei dipendenti delle società del Gruppo Generali

Garanzia “OBIETTIVO SALUTE” per i soci cessati dal servizio attivo

La garanzia è disponibile per gli associati al Fondo Sanitario F.S.G.G. cessati dal servizio attivo presso Società del Gruppo Generali per **pensionamento** (e prepensionamento) o per **risoluzione consensuale** solo se con diritto alla ultrattività delle garanzie a carico azienda).

L'adesione è ammessa per il **socio cessato, il coniuge** (anche unione civile o convivente more uxorio), a prescindere dal reddito, e **i figli** solo se conviventi e fiscalmente a carico; in caso di decesso del cessato/a, solo se già aderente, la garanzia può continuare a favore del vedovo/a.

E' invece possibile anticipare l'adesione fin dalla cessazione del rapporto di lavoro - pur in presenza di ultrattività delle Garanzie Sanitarie a carico azienda - per la eventuale copertura del coniuge non a carico (in quanto le garanzie facoltative contrattuali vengono meno alla cessazione del rapporto di lavoro).

Ciascun Socio ha facoltà di cessare la copertura esclusivamente in occasione della scadenza annuale.

Il mancato pagamento contributo annuale da parte del socio comporta la cessazione della copertura e la perdita della qualifica di Socio del Fondo Sanitario, con l'impossibilità di riadesione successiva.

PREMIO ANNUO

Contribuzione per il periodo assicurativo 01.01.2026 – 31.12.2026:

Premio € 640 per ex dipendente

Premio € 600 per ciascun componente il nucleo familiare

Contribuzione per il periodo assicurativo 01.01.2027 – 31.12.2027

Premio € 672 per ex dipendente

Premio € 630 per ciascun componente il nucleo familiare

Contribuzione per il periodo assicurativo 01.01.2028 – 31.12.2028

Le parti concordano di rincontrarsi almeno sei mesi prima della scadenza per valutare soluzioni equilibrate per eventuali aumenti del premio in merito agli andamenti della polizza

Si conferma che il contributo per tale copertura è deducibile dal reddito imponibile per l'anno di effettivo pagamento.

Prestazioni

1 -Ricoveri con intervento chirurgico

In caso di **intervento chirurgico** con ricovero o in regime ambulatoriale/Day Hospital reso necessario da:

a) malattia

b) infortunio

spetta il rimborso delle spese sostenute per:

- 1) **gli onorari** dei chirurghi, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) **i diritti di sala** operatoria ed il materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- 3) **l'assistenza medica**, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- 4) **le rette di degenza** fino a concorrenza di € 300,00 giornalieri;
- 5) **il prelievo di organi** o parte di essi; per il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali e le rette di degenza;
- 6) **gli accertamenti diagnostici** e relativi onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento, purché direttamente inerenti all'infortunio o alla malattia che origina il ricovero stesso;
- 7) **esami**, acquisto di **medicinali**, prestazioni **mediche ed infermieristiche** ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), avvenuti nei 120 giorni successivi alla data di dimissione o dell'intervento purché direttamente conseguenti all'infortunio o alla malattia che ha originato il ricovero o intervento stesso;
- 8) **i ticket**, purché relativi alle prestazioni di cui ai precedenti punti 1), 2), 3), 4) 5) 6) e 7);

- 9) **l'assistenza infermieristica** professionale prestata a domicilio nei 30 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 1.600,00;
- 10) **il vitto ed il pernottamento** in istituto di cura o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, di un accompagnatore dell'Assicurato, per un periodo non superiore a 90 giorni col massimo di euro 80,00 giornalieri se il ricovero avviene in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, e di euro 110,00 se il ricovero avviene all'estero;
- 11) **il trasporto dell'Assicurato** effettuato con qualsiasi mezzo (anche aereo) in istituto di cura, in Italia o all'estero, il trasferimento da un istituto di cura all'altro ed il ritorno a casa, nonché le spese di viaggio opportunamente documentate, sostenute da un accompagnatore; il tutto fino ad un massimo di euro 1.500,00 per intervento.

Limiti di indennizzo per ciascun evento:

- per i ricoveri dovuti ad appendiciti, varici ed emorroidi, che abbiano reso necessario intervento chirurgico fino a concorrenza della somma di euro 10.000,00 per ciascun evento;
- per i ricoveri dovuti ad adenoidi e tonsilliti, che abbiano reso necessario intervento chirurgico fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00 per ciascun evento.

L'indennizzo delle spese di ricovero e/o intervento chirurgico, anche ambulatoriale, viene effettuato applicando:

- uno scoperto del 10% con importo di franchigia minimo di euro 1.000,00 e massimo di euro 2.500,00 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento diretto;
- uno scoperto del 30% con un importo di franchigia minimo di euro 3.000 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento a rimborso;
- uno scoperto del 25% con un importo di franchigia minimo di euro 2.500,00 e massimo di euro 5.000,00 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento misto.

2- Ricoveri senza intervento per gravi patologie

In caso di **ricovero** in istituto di cura reso necessario da:

- ***infarto miocardico acuto***
- ***chirurgia cardiovascolare***

- **ictus cerebrale**
- **tumore**
- **insufficienza renale**
- **trapianto d'organo**
- **paralisi**

spetta il rimborso delle spese sostenute per:

- 1) **onorari** medici e infermieristici;
- 2) **assistenza medica**, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- 3) **rette di degenza** fino a concorrenza della somma di euro 300,00 giornalieri;
- 4) **accertamenti diagnostici** e relativi onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, purché direttamente inerenti all'infortunio o alla malattia che origina il ricovero stesso;
- 5) **esami**, acquisto di **medicinali**, prestazioni **mediche ed infermieristiche** ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), avvenuti nei 120 giorni successivi alla data di dimissione purché direttamente conseguenti all'infortunio o alla malattia che ha originato il ricovero;
- 6) **ticket**, purché relativi alle prestazioni di cui ai precedenti punti 1), 2), 3), 4), 5), 6) e 7);
- 7) **assistenza infermieristica** professionale prestata a domicilio nei 30 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 1.600,00;
- 8) **vitto e pernottamento** in istituto di cura o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, di un accompagnatore dell'Assicurato, per un periodo non superiore a 90 giorni col massimo di euro 80,00 giornalieri se il ricovero avviene in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, e di euro 110,00 se il ricovero avviene all'estero;
- 9) **trasporto del ricoverato** effettuato con qualsiasi mezzo (anche aereo) in istituto di cura, in Italia o all'estero, il trasferimento da un istituto di cura all'altro ed il ritorno a casa, nonché le spese di viaggio opportunamente documentate, sostenute da un accompagnatore; il tutto fino ad un massimo di euro 1.500,00 per ricovero.

L'indennizzo delle spese di ricovero e/o intervento chirurgico, anche ambulatoriale, viene effettuato applicando:

- uno scoperto del 10% con importo di franchigia minimo di euro 1.000,00 e massimo di euro 2.500,00 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento diretto;
- uno scoperto del 30% con un importo di franchigia minimo di euro 3.000 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento a rimborso;
- uno scoperto del 25% con un importo di franchigia minimo di euro 2.500,00 e massimo di euro 5.000,00 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento misto.

Estensione per Malattie oncologiche

oltre a quanto sopra indicato, in caso di ricovero con intervento chirurgico per Malattia Oncologica la garanzia è estesa fino ad un massimo di **euro 20.000,00** da intendersi come disponibilità unica annua complessiva, anche per l'indennizzo delle spese:

- per gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche precedenti la diagnosi della malattia e relativi onorari medici, anche se non seguiti da ricovero, purché sia diagnosticata la Malattia Oncologica;
- per le visite specialistiche e tutte le terapie (radianti, chemioterapiche ed altro) rese necessarie dalla malattia e sostenute entro 2 anni dalla cessazione del ricovero;
- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 2.500,00.

Questa estensione di garanzia è operante anche nel caso in cui la malattia oncologica venga diagnosticata durante un ricovero originato da diversa malattia ed ha effetto dal giorno di accettazione nell'istituto di cura.

Indennità sostitutiva

Qualora i costi relativi al periodo di ricovero indennizzabile siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale – ovvero solo in **assenza di richieste di rimborso** per spese sostenute durante il ricovero – il Socio avrà diritto a un'indennità di **euro 110,00 per ciascun giorno di ricovero**, escluso quello di dimissione, con un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa.

In caso di ricovero senza intervento per grave patologia con richiesta di pagamento dell'**indennità sostitutiva**, si applicherà una **franchigia di 4 giorni**;

l'indennità viene pertanto corrisposta **a partire dal 5° giorno di ricovero** per un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa e per persona.

Si precisa che ai fini dell'applicazione dello scoperto con franchigia:

- le spese indennizzabili sono considerate complessivamente per ciascun evento di ricovero o intervento chirurgico e pertanto lo scoperto con franchigia andrà detratto dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza dello stesso;
- i ricoveri verificatisi a distanza di **non oltre 10 giorni l'uno dall'altro**, dovuti alla **stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio**, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza lo scoperto con franchigia andrà applicato **una sola volta**;
- le spese indennizzabili per l'Estensione **Malattie Oncologiche**, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza lo scoperto con franchigia andrà applicato **una sola volta**;

Il **massimale annuo** ("somma assicurata") è pari ad **euro 150.000,00** (centocinquantomila) e deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per l'insieme delle persone assicurate indicate in polizza che costituiscono nucleo familiare.

Prevenzione

La garanzia è operante per l'ex dipendente ed i componenti del nucleo

Una volta all'anno il caponucleo e ogni familiare potrà scegliere uno dei pacchetti sotto riportati

PREVENZIONE OSTEOPOROSI - C3366	
Prestazioni	Visita fisiatrica
	Moc total body
	Emocromocitometrico completo
	Calcio Totale
	Calcio Urinario
	Creatinina
	Esame completo delle urine
	Vitamina D
	Elettroforesi Proteine Seriche

PREVENZIONE VASCOLARE - C3367	
Prestazioni	Visita angiologica o chirurgia vascolare
	Ecocolodoppler arterioso e venoso arti inferiori

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA - C2918	
Prestazioni	Visita gastroenterologica
	Emocromo completo
	AST (got)
	ALT(gpt)
	GGT
	Glicemia
	Trigliceridemia
	Colesterolo totale
	Colesterolo HDL
	Colesterolo LDL
	CPK
	PCR
	Microalbuminuria
	Ricerca sangue occulto feci (1 campione)
	Ecografia addome completo

PREVENZIONE UROLOGICA - C3368	
Prestazioni	Visita urologica
	Ecografia addome inferiore uomo (studio prostata)
	PSA totale
	PSA libero
	Azotemia (urea)
	Creatinemia
	Glicemia basale
	Sangue occulto nelle feci (1 campione)

PREVENZIONE PATOLOGIE VIE RESPIRATORIE - C3369	
Prestazioni	Visita pneumologica
	Spirometria completa
	Saturimetria
	Emocromo completo
	Ves

PREVENZIONE OFTALMOLOGICA - C3370	
	Visita oculistica
	Studio fundus oculi

Prestazioni	Tono oculare
	Misurazione del visus
	Pachimetria
	Test di Schirmer (test lacrimale)
	Topografia corneale

PREVENZIONE GINECOLOGICA - C3371	
Prestazioni	Visita ginecologica
	Pap test
	Hpv ricerca papilloma virus
	Ecografia pelvica o transvaginale

PREVENZIONE TIROIDE - C2923	
Prestazioni	Visita endocrinologica
	Ecografia tiroidea
	FT3
	FT4
	TSH

PREVENZIONE DERMATOLOGICA - C3372	
Prestazioni	Visita dermatologica
	Mappatura nevi
	Studio del biotipo e del fototipo cutaneo
	Vitamina A
	Vitamina B12
	Vitamina C
	Vitamina E
	Acido folico

PREVENZIONE ODONTOIATRICA - C3373	
Prestazioni	Visita odontoiatrica
	Ablazione tartaro
	Ortopantomografia

PREVENZIONE NEFROLOGICA - C3374	
Prestazioni	Visita nefrologica
	Esame urine
	Azotemia (urea)
	Creatininemia
	Glicemia basale
	Ecografia addome completo
	Uricemia

	Quadro elettrolitico
	Vitamina D
	Elettroforesi sieroproteica
	Sideremia
	Clearance della creatinina

PREVENZIONE CARDIOLOGICA - C3375	
Prestazioni	Visita cardiologica
	Elettrocardiogramma
	Esame urine
	Trigliceridi
	AST (Got)
	ALT (Gpt)
	Colesterolo totale
	Colesterolo HDL
	Colesterolo LDL
	Emocromo completo
	PT
	PTT
	Glicemia
	Omocisteina
	Quadro elettrolitico (sodio,potassio e calcio)

Caregiver

Fruizione dello sportello di orientamento (fornisce informazioni in tema di agevolazioni pubbliche (es. legge 104, indennità monetarie) e servizi socioassistenziali e sanitari erogati dall'SSN, oltre ai servizi erogati dal partner ItaliAssistenza)

3 accessi a prestazioni socioassistenziali e sanitarie erogate a domicilio a scelta tra: OSS (4h/accesso), infermiere (1h/accesso), fisioterapista (1h/accesso)

Condizioni Generali

Validità territoriale: le garanzie sono **valide in tutto il mondo**.

Persone non assicurabili: premesso che qualora la Società Assicuratrice fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto

l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo.

Non sono rimborsabili le spese derivanti da:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- 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;
- d) gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- e) le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione della polizza e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave
- f) 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;
- g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti la adesione della persona alle garanzie sanitarie;
- h) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti all'intervento stesso;
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- j) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia), le protesi dentarie, le cure dentarie e delle paradentopatie;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- l) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

Anticipo indennizzi: nel caso il Socio abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, è possibile richiedere un anticipo sull'ammontare di spese complessivamente preventivate dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili,

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 15.000,00;
- entro il limite del 50% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000,00;

Assistenza diretta: in alternativa alla modalità con rimborso (che continua con le consuete modalità) è possibile usufruire del pagamento diretto delle spese ospedaliere, senza pertanto anticipare alcuna somma, presso una rete di cliniche convenzionate.

Il socio dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00) telefonando:

dall'Italia al numero 800 010 110

fornendo i seguenti dati, dopo aver confermato l'associazione al Fondo FSGG, garanzia "Obiettivo Salute":

- nome e cognome del Socio che richiede il servizio;
- causale del ricovero o dell'intervento chirurgico risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con il Socio e alla conferma dell'avvenuta prenotazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

La Centrale Operativa Medica pagherà direttamente alla Struttura Convenzionata le spese garantite a termini di contratto, fatti salvi eventuali scoperti e franchigie che resteranno a carico del Socio stesso.

Si precisa che per quanto non espressamente indicato in questo documento di sintesi per gli associati al Fondo si applicano le condizioni assicurative come definite nella Polizza stipulata dal Fondo Sanitario con Generali Italia S.p.A.