

DIVISIONE AZIENDE

ASSICURAZIONE  
PRESTAZIONI SANITARIE  
Pensionati delle  
ASSICURAZIONI GENERALI



SOMMARIO

DEFINIZIONI

Art. 1

PRESTAZIONI

Art. 2 - Ospedaliere

A Indennità per ricoveri ospedalieri

B Rimborso spese infermieristiche

DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 3 Limiti delle prestazioni

Art. 4 Termini di aspettativa

Art. 5 Persone non assicurabili

Art. 6 Estensione territoriale

ADEMPIMENTI

Art. 7 Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Art. 8 Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione

LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Art. 9 Denuncia dell'infortunio o della malattia

Art. 10 Criteri di liquidazione

Art. 11 Controversie

Art. 12 Competenza territoriale

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 13 Scadenza del contratto

Art. 14 Imposte

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****SEZIONE I.- DEFINIZIONI**

Art. 1 - Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:**  
la persona con la quale è stipulato il contratto;
- **Società:**  
le ASSICURAZIONI GENERALI;
- **Assicurato:**  
il soggetto a cui favore è prestata l'assicurazione;
- **Assicurazione:**  
il contratto di assicurazione;
- **Polizza:**  
il documento che prova l'assicurazione;
- **Infortunio:**  
ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- **Malattia:**  
ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Premio:**  
la somma dovuta dal Contraente alla Società;

- **Indennizzo:**  
la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **Istituto di cura:**  
l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno;
- **Ricovero ospedaliero:**  
degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento;
- **Assistenza Infermieristica:**  
l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
- **Massimale per Assicurato:**  
la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

## SEZIONE II - PRESTAZIONI

La garanzia si intende operante per tutti gli ex dipendenti non dirigenti iscritti al Gruppo Anziani.

### Ospedaliero

Art. 2 - La garanzia si intende prestata per i ricoveri ospedalieri conseguenti agli interventi per:

- malattie oncologiche
- malattie del cuore
- malattie e infortuni al cervello
- donazione di organi.



A La Società assicura l'indennità di L. <sup>125</sup>~~200.000~~<sup>300</sup> per ogni giorno di pernottamento per un massimo di 60 giorni <sup>per ricovero</sup>.  
Detta indennità viene corrisposta a partire dal ~~sesto~~<sup>4°</sup> giorno successivo a quello del pernottamento.

B La Società assicura altresì il rimborso delle spese sostenute e documentate per:

- assistenza infermieristica a domicilio nei 60 giorni successivi al ricovero stesso con un massimo di L. <sup>77.000</sup>~~150.000~~ al giorno. La liquidazione potrà avvenire a seguito di presentazione di regolare fattura.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Sociale.

### SEZIONE III - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

#### Limiti delle prestazioni

Art. 3 - Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni nonchè ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ricoveri conseguenti a malattie ed infortuni in cura all'atto della stipulazione del contratto.

#### <sup>day Hospital</sup> Termini di aspettativa

Art. 4 - L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro:

- a) del giorno di decorrenza della garanzia, per gli infortuni;
- b) dal trentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie.



**Persone non assicurabili**

Art. 5 - Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, alcolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

**Estensione territoriale**

Art. 6 - L'assicurazione vale per il mondo intero.

**SEZIONE IV - ADEMPIMENTI**

**Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società**

Art. 7 - Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o con altro mezzo che comprovi il ricevimento e la data della comunicazione.

**Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione**

Art. 8 - L'assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'articolo 1901 C.C.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

**SEZIONE V - LIQUIDAZIONE DEL DANNO**

**Denuncia dell'infortunio o della malattia**

Art. 9 - L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società - tramite la Contraente - al momento che ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica.

L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento



che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Le procedure di denuncia e di presentazione della documentazione possono costituire oggetto di apposito regolamento a parte.

#### Criteri di liquidazione

Art. 10 - La Società effettua la liquidazione direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica ed, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate. Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua la liquidazione dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero la liquidazione verrà eseguita in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

#### Controversie

Art. 11 - In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione (sede di istituto di medicina legale) del Comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

**Competenza territoriale**

Art. 12 - Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 11 è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria di Milano, Trieste e Venezia.

**SEZIONE VI - DISPOSIZIONI VARIE**

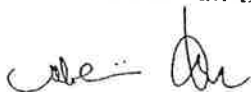
**Scadenza del contratto**

Art. 13 - Il presente contratto scadrà l'1/3/1994 senza tacita proroga.

**Imposte**

Art. 14 - Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

Assicurazioni Generali S.p.A.





Milano

9 marzo 1993



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali S.p.A.

Gruppo Lavoratori Anziani d'Azienda





Agli effetti dell'articolo 1341 II comma C.C. la sottoscritta dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 11 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)

Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)

Milano, li 9 marzo 1993

Il Contratto  
 **GENERALI**  
Assicurazioni Generali S.p.A.

Gruppo Loydotti Anziani d'Azienda