

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie

Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854)

ASSOCIAZIONE LAVORATORI ANZIANI IN QUIESCENZA DEL GRUPPO
GENERALI – NUMERO POLIZZA 380797527

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- Nota Informativa, comprensiva del glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Data ultimo aggiornamento: 31/12/2018

Nota Informativa

Contratto di assicurazione malattie “Associazione Lavoratori Anziani in
Quiescenza del Gruppo Generali”

Rimborso Spese Mediche

Mod. M85/854 – Pagina 1 di 8

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

GENERASalute RSM

Internal



GLOSSARIO

Contraente	Associazione Lavoratori Anziani in Quiescenza del Gruppo Generali (di seguito Associazione)
Assicurato	Il dipendente in quiescenza iscritto all'Associazione ed i componenti del suo nucleo familiare.
Nucleo Familiare	L'intero insieme delle persone assicurate costituito dal dipendente in quiescenza, dal coniuge o convivente more uxorio e dai figli fiscalmente a carico.
Centrale Operativa Medica	La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. 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.
Familiare a carico	Si intende il familiare che per legge può godere delle deduzioni fiscali, a prescindere dall' effettivo godimento delle stesse da parte del dipendente in quiescenza. Si precisa che con la dizione "coniuge" s' intende, in alternativa, la situazione di fatto assimilabile, sempre che la convivenza sia documentata con stato di famiglia.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Istituto di Cura	Ogni ospedale, clinica o 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. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
Lettera di impegno	Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero o l'intervento chirurgico e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Malattia oncologica	Ogni 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.
Pagamento a rimborso	La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento diretto	Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative ricoveri o interventi chirurgici indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento misto	La liquidazione che la Società, in parte in forma di pagamento diretto alle Strutture Mediche Convenzionate ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Strutture Mediche Internal	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzio-

Convenzionate

nati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Ticket sanitario

E' il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.

A. INFORMAZIONI GENERALI

1) Impresa di assicurazione

GENERALI ITALIA S.p.a., appartenente al gruppo Generali.

La sede legale è in Via Marocchessa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA.

Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com.

L'impresa di assicurazione è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero n. 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 11.270.169.000 euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.618.628.000 euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 9.063.859.000 euro.

L'indice di solvibilità della Società è 212% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.1 delle condizioni di assicurazione.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto garantisce agli Assicurati una copertura per il rimborso delle spese mediche per:

- se scelta l'opzione 1, intervento chirurgico in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatoriale
- se scelta l'opzione 2, ricovero in istituto di cura o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza, si rinvia agli articoli del Capitolo 2 "Garanzie" delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni ed esclusioni sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli articoli 1.1 (Assicurati – Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione) e 3.3 (Esclusioni) delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

In particolare, si rinvia agli articoli 2.9 (Somma assicurata), 4.8 (Franchigia e scoperto) delle condizioni di assicurazione.

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di massimale

Somma assicurata per annualità assicurativa e per nucleo familiare per rimborso spese di ricovero euro 150.000,00.

Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 50.000,00: indennizzo integrale.

Secondo sinistro occorso nella stessa annualità assicurativa con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 110.000,00: indennizzo pari a euro 100.000,00. (massimale residuo dopo il primo sinistro euro 150.000,00-50.000,00 = euro 100.000,00. Anche se nel secondo sinistro sono stati spesi euro 110.000,00 ne verranno rimborsati euro 100.000,00 che corrispondono al massimale residuo per l'annualità assicurativa in questione).

Internal

Esempio di scoperto

Scoperto del 30% per rimborso spese extracovero.

Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.

L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 350,00 (500,00-150,00: dove 150,00 rappresenta il 30% delle spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza).

Esempi di scoperto con franchigia

Scoperto 10% con importo di franchigia minimo di euro 1.000,00 e massimo di euro 2.500,00 per rimborso spese di ricovero.

Esempio 1): Sinistro in regime di pagamento diretto con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo dello scoperto del 10% con il minimo fissato per la franchigia di euro 1.000,00).

Esempio 2): Sinistro in regime di pagamento diretto con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 30.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 27.500,00 (30.000,00-2.500,00: dove 2.500,00 rappresenta l'importo dello scoperto del 10% con il massimo fissato per la franchigia di euro 2.500,00).

4) Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie è necessario che trascorrono periodi di tempo – carenze – prima che le stesse siano operanti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 3.4 delle condizioni di assicurazione.

5) Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 3.2 "Persone non assicurabili" delle condizioni di assicurazione.

Esempio:

L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da tossicodipendenza. In base a quanto previsto dall'art. 3.2 "Persone non assicurabili" delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

7) Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

E' comunque rimessa agli intermediari la facoltà di accettare dal Contraente assegni bancari e/o postali a titolo di versamento dei premi assicurativi, purché muniti della clausola di non trasferibilità ed intestati a Generali Italia S.p.A.

8) Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

9) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto prevede per la Società e per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto stesso nei casi previsti dalla legge. Per i termini e modalità di esercizio si rinvia alle norme del Codice Civile.

10) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

11) Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12) Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'importo del premio versato, ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13) Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che:

- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data del ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato non appena ne ha avuto possibilità, corredata dalla necessaria documentazione medica;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia agli articoli del Capitolo 4 "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione.

14) Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: l'Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica.

Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia all'art. 4.2 delle condizioni di assicurazione.

L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate per l'Assicurato con la presente polizza è disponibile sul sito www.generali.it.

15) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:
Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com.

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

Internal

- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad Ivass può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

16) Arbitrato e Mediazione

Per la soluzione di controversie relative a questioni mediche in merito a sinistri infortuni e malattie è facoltà di entrambe le Parti di avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'arbitrato sarà la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 4.9 delle condizioni di assicurazione.

L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchessa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV)

e-mail: generalitalia@pec.generaligroup.com

Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione)

Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma

Fax 06.44.494.313

e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

* * *

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Generali Italia S.p.A.

Amministratore Delegato e Direttore Generale

Marco Sesana



Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione malattie “Associazione Lavoratori Anziani in Quiescenza del Gruppo Generali”

Rimborso Spese Mediche

Mod. M85/854 – Pagina 1 di 13

1. NORME COMUNI

Art. 1.1) Assicurati –Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione

Possono aderire al presente contratto solo gli Assicurati che risultavano già aderenti alla polizza "Associazione Lavoratori Anziani in Quiescenza del Gruppo Generali" n. 361122241. In caso di decesso del dipendente in quiescenza iscritto all'Associazione possono proseguire nell'assicurazione i componenti del nucleo familiare già assicurati.

La disdetta della Convenzione da parte degli Assicurati potrà avvenire soltanto dalle ore 24.00 del 31 dicembre di ciascun anno e dovrà essere notificata all'Associazione per iscritto almeno due mesi prima del 31 dicembre di ciascun anno. In mancanza di disdetta l'adesione si intenderà tacitamente confermata per una ulteriore annualità e così successivamente.

L'Assicurato ha inoltre la facoltà di modificare l'opzione assicurativa precedentemente scelta attraverso la compilazione di un nuovo modulo di adesione. Ciò può avvenire esclusivamente in occasione di ciascuna scadenza annuale del premio e il modulo di adesione dovrà pervenire all'Associazione almeno 30 giorni prima del 31 dicembre di ciascun anno.

Tale facoltà può essere esercitata a decorrere dalla scadenza dell'annualità 2019.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se la Contraente ha pagato regolarmente il premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi successivi entro i termini definiti all'art. 5.2 l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo tale scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. In tale caso il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 4.2 resterà sospeso dalle ore 24.00 del giorno di pagamento definito dall'art. 5.2, fino alle ore 24.00 del giorno di effettivo pagamento.

Il Contraente, alla decorrenza di ciascuna annualità si impegna a fornire alla Società l'elenco degli Assicurati che, sulla base del premio versato hanno diritto alle prestazioni previste in polizza, riportando nome, cognome, data di nascita, sesso, codice fiscale, indirizzo degli aderenti ed opzione prescelta.

Art. 1.2) Durata dell'assicurazione

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito.

Art. 1.3) Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Art. 1.4) Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori. Deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.

Art. 1.5) Variazioni nell'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa Medica può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture dalle convenzioni. Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica oppure consultare il sito internet www.generali.it.

Art. 1.6) Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.7) Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

2. GARANZIE

OPZIONE 1 – “RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO”

Art. 2.1) Ricoveri con intervento chirurgico –interventi chirurgici

In caso di ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico anche ambulatoriale o in caso di intervento chirurgico in Day Hospital reso necessario da:

- a) malattia
- b) infortunio

la Società indennizza le 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;
- 5) il prelievo di organi o parte di essi; per il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed 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.

Art. 2.2) Malattie oncologiche

Oltre a quanto previsto all'art.2.1, in caso di ricovero con intervento chirurgico per Malattia Oncologica la garanzia è estesa fino ad un massimo di euro 10.000,00 da intendersi come disponibilità unica per l'insieme delle persone assicurate indicate in polizza che costituiscono nucleo familiare, all'indennizzo delle spese:

- 1) per gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche precedenti la diagnosi della malattia e relativi onorari medici, purché sia diagnosticata la Malattia Oncologica;
- 2) 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;
- 3) 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.

Art. 2.3) Limiti di indennizzo

La Società per ciascun evento indennizza le spese con i seguenti limiti:

- per le rette di degenza – punto 4) dell'art.2.1 - fino a concorrenza della somma di euro 250,00 giornalieri;

- 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.

OPZIONE 2 – “RICOVERI CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO”

Art. 2.4) Ricoveri in genere ed interventi chirurgici

In caso di ricovero in istituto di cura, di intervento chirurgico anche ambulatoriale o in Day Hospital reso necessario da:

- a) malattia
- b) infortunio

la Società indennizza le spese sostenute per:

- 1) onorari dei chirurghi, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- 3) assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- 4) rette di degenza;
- 5) prelievo di organi o parte di essi; per il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali e le rette di degenza;
- 6) 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) ticket, purché relativi alle prestazioni di cui ai precedenti punti 1), 2), 3), 4),5),6) e 7);
- 9) 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) 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;
- 11) 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 ricovero o intervento.

Art. 2.5) Malattie oncologiche

Oltre a quanto previsto all'art. 2.4, per le Malattie Oncologiche la garanzia è estesa, fino ad un massimo di euro 10.000,00 da intendersi come disponibilità unica per l'insieme delle persone assicurate indicate in polizza che costituiscono nucleo familiare, all'indennizzo delle spese:

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) 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.

Art. 2.6) Limiti di indennizzo

La Società per ciascun evento indennizza le spese con i seguenti limiti:

- per i ricoveri senza intervento chirurgico, le spese sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero – punto 6) dell'art. 2.4 – avverrà con il limite del 20% delle spese complessivamente sostenute durante il ricovero stesso;
- per le rette di degenza – punto 4) dell'art.2.4 - fino a concorrenza della somma di euro 250,00 giornalieri;
- per i ricoveri dovuti ad appendiciti, varici ed emorroidi, che abbiano reso necessario intervento fino a concorrenza della somma di euro 10.000,00 per ciascun evento;
- per i ricoveri dovuti ad adenoidi e tonsilliti, fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00 per ciascun evento.

Art. 2.7) Indennità sostitutiva

L'articolo si applica all'opzione 1 ed all'opzione 2.

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

Art. 2.8) Anticipo indennizzi

L'articolo si applica all'opzione 1 ed all'opzione 2.

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Società un anticipo sull'ammontare di spese complessivamente preventivate dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili a termini di polizza.

La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- 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;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

In caso di pagamento misto l'anticipo potrà essere richiesto limitatamente agli importi di spesa relativi agli onorari dei medici non convenzionati.

In tal caso nel preventivo da presentare secondo le modalità descritte al successivo art. 4.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.

Art. 2.9) Somma assicurata

L'articolo si applica all'opzione 1 ed all'opzione 2.

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

Art. 2.10) Rimborso spese extraricovero

L'articolo si applica all'opzione 1 ed all'opzione 2.

La presente garanzia rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione non collegate a ricovero riportate nelle successive lettere A e B.

A. Per le seguenti prestazioni la Società rimborsa le spese, fino alla concorrenza massima di euro 2.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per l'insieme delle persone assicurate indicate in polizza che costituiscono nucleo familiare, *previa applicazione di uno scoperto del 30% non applicabile qualora l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket.*

- **Angiografia**
- **Arteriografia**
- **Coronarografia**

- **Endoscopia**
- **Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)**
- **Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)**
- **Mammografia**

B. Per le seguenti prestazioni la Società rimborsa il solo ticket fino alla concorrenza massima di euro 250,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per l'insieme delle persone assicurate indicate in polizza che costituiscono nucleo familiare:

- **Cistografia**
- **Doppler**
- **Ecocardiografia**
- **Holter**
- **Laserterapia**
- **Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)**
- **Radioterapia**
- **Scintigrafia**
- **Urografia**

Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali delle ricevute quietanzate, nonché la relativa prescrizione medica.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti 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 Cambi.

Art. 2.11) Integrazione al C.I.A.

L'articolo si applica all'opzione 1 ed all'opzione 2.

Si conviene che la garanzia prevista dal presente contratto opera:

- ad integrazione di eventuali coperture sanitarie a carico aziendale derivanti dai vigenti contratti integrativi aziendali per le prestazioni non garantite da queste ultime;
- ad integrazione ed in eccedenza dei massimali previsti dalle eventuali coperture sanitarie a carico aziendale derivanti dai vigenti contratti integrativi aziendali, qualora le prestazioni garantite dal presente contratto siano garantite anche dalle succitate coperture sanitarie a carico aziendale. In tale circostanza la copertura prevista dal presente contratto interverrà nel caso di esaurimento dei massimali della copertura prestata in base alle eventuali coperture sanitarie a carico aziendale derivanti dai vigenti contratti integrativi aziendali.

Ai fini della richiesta di rimborso sarà necessario presentare copia delle notule di spesa con l'indicazione degli importi liquidati dalla copertura a carico aziendale.

3. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 3.1) Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 3.2) Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società 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.

Art. 3.3) Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- 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 alla stipulazione della polizza;
- 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 l'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 parodontopatie;
- 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.

Art. 3.4) Termini di aspettativa

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24.00:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni;
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie;
- c) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche diagnosticate o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 3.2 "Persone non assicurabili".

Tali termini trovano applicazioni per i soli Assicurati che, alla decorrenza della nuova annualità, avranno modificato l'opzione precedentemente scelta, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da questa previste.

4. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1) Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico indennizzabile a termini di contratto potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento** a norma dell'art. 4.2. attivando preventivamente la Centrale Operativa Medica che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- **richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate** all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato a norma dell'art. 4.3;
- **ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale** o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la corresponsione dell'indennità sostitutiva a norma dell'art. 4.4.

In ogni caso per le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico e per quelle relative alla garanzia "Rimborso spese extraricovero", l'Assicurato, provveduto personalmente al pagamento, ne richiederà il rimborso in base a quanto rispettivamente previsto dagli artt. 4.3 e 4.6.

Art. 4.2) Modalità di pagamento: il pagamento diretto

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese relative all'assistenza ricevuta dall'Assicurato durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico o dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese di cui agli artt. 2.1 o 2.4 senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00 ed il venerdì dalle 9.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando:

dall'Italia al numero 02 40959670

dall'estero al numero +39 0258 286 696

formando i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato 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 l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata all'Assicurato verrà richiesto di compilare la Lettera di impegno. La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, fatti salvi eventuali scoperti e franchigie che resteranno a carico dell'Assicurato stesso.

*Resta inteso che **il pagamento diretto non sarà comunque possibile** nei seguenti casi:*

- a) quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;*
- b) quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;*
- c) quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate ed il pagamento a rimborso per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati.*

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo art. 4.3.

Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Art. 4.3) Modalità di pagamento a rimborso

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato di norma entro 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto fermi i limiti di indennizzo previsti agli artt. 2.3 o 2.6.

In caso di ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Mediche Convenzionate ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto e la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati fermo il pagamento diretto per le spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate.

La Società provvede inoltre a rimborsare all'Assicurato le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico e previste agli artt. 2.1 o 2.4.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a dimissione avvenuta e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva la franchigia e scoperto di cui all'art.4.8.

Art. 4.4) Modalità di pagamento: l'indennità sostitutiva

Nel caso l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'art. 2.7 previa presentazione a cura ultimata della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

Art. 4.5) Modalità di pagamento: l'anticipo indennizzi

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'art. 2.8, la Società anticiperà all'Assicurato stesso la somma occorrente a condizione che:

- *sia presentata idonea certificazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del ricovero;*
- *l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.*

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata non indennizzabilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

Art. 4.6) Modalità di pagamento: le spese extraricovero

La Società riconosce il rimborso:

- delle spese indennizzabili a termini dell'art. 2.10 lett. A nella misura del 70% (scoperto 30%) per ogni spesa effettivamente sostenuta. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per tali prestazioni.
- del ticket sostenuto per le spese indennizzabili a termini dell'art. 2.10 lett. B senza applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 4.7) Rimborso da terzi

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno 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.

Art. 4.8) Franchigia e scoperto

L'indennizzo delle spese di cui agli artt. 2.1 o 2.4 viene effettuato previa applicazione per ciascun ricovero od intervento chirurgico anche ambulatoriale di:

- *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 25% con importo di franchigia minimo di euro 2.500,00 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento a rimborso;*
- *uno scoperto del 20% con importo di franchigia minimo di euro 2.500,00 se la prestazione viene effettuata in regime di pagamento misto.*

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccede l'importo dello scoperto con franchigia sopra indicato.

In caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione dell'importo dello scoperto con franchigia sopra indicato.

In caso di ricovero senza intervento chirurgico con richiesta di pagamento dell'indennità sostitutiva, le predette franchigie sono sostituite da 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.

In caso di ricovero per intervento chirurgico resta invece esclusa dall'indennizzo l'indennità relativa al giorno di dimissione.

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

- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per 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 a termini dell'art. 2.2 o 2.5 Malattie Oncologiche, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza lo scoperto con franchigia andrà applicato una sola volta.

Lo scoperto con franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 2 fatta eccezione per l'art. 2.10 "Rimborso spese extraricovero".

Art. 4.9) Controversie – Arbitrato irrituale

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 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 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 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 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. 4.10) Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;
- 2) fornire alla Centrale Operativa Medica od alle Strutture Mediche Convenzionate ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;
- 3) nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.

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

Art. 4.11) Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così interi i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

5. PREMIO E REGOLAZIONI

Art. 5.1) Premio annuo

Per il periodo assicurativo **31.12.2018 – 31.12.2019** il premio annuo finito (comprese imposte) si intende stabilito in euro:

Opzione 1 “Ricoveri con Intervento Chirurgico”

- 457,00 per nucleo familiare composto da 1 Assicurato;
- 908,00 per nucleo familiare composto da 2 Assicurati;
- 1.305,00 per nucleo familiare composto da 3 Assicurati;
- 1.646,00 per nucleo familiare composto da 4 o più Assicurati.

Opzione 2 “Ricoveri con e senza Intervento Chirurgico”

- 829,00 per nucleo familiare composto da 1 Assicurato;
- 1.590,00 per nucleo familiare composto da 2 Assicurati;
- 2.292,00 per nucleo familiare composto da 3 Assicurati;
- 2.927,00 per nucleo familiare composto da 4 o più Assicurati.

Per il periodo assicurativo **31.12.2019 – 31.12.2020** il premio annuo finito si intende stabilito in euro:

Opzione 1 “Ricoveri con Intervento Chirurgico”

- 503,00 per nucleo familiare composto da 1 Assicurato;
- 999,00 per nucleo familiare composto da 2 Assicurati;
- 1.435,00 per nucleo familiare composto da 3 Assicurati;
- 1.811,00 per nucleo familiare composto da 4 o più Assicurati.

Opzione 2 “Ricoveri con e senza Intervento Chirurgico”

- 912,00 per nucleo familiare composto da 1 Assicurato;
- 1.749,00 per nucleo familiare composto da 2 Assicurati;
- 2.522,00 per nucleo familiare composto da 3 Assicurati;
- 3.219,00 per nucleo familiare composto da 4 o più Assicurati.

Art. 5.2) Modalità invio stato di rischio e pagamento premio

Il Contraente, invierà entro il 15 febbraio di ciascuna annualità assicurativa, l'elenco aggiornato degli Assicurati, provvedendo, entro tale data, al pagamento del relativo premio mediante accredito sul conto corrente della Società stessa.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

