

PIANO SANITARIO PER I DIRIGENTI INARCASSA

PREMESSA

La presente Polizza Rimborso Spese Mediche è rivolta ai Dirigenti di Inarcassa con possibilità per i singoli interessati di estendere, facoltativamente e a proprie spese, tale copertura a favore dei propri familiari (coniugi e figli fiscalmente a carico).

Nel presente contratto sono assicurati esclusivamente i Dirigenti di Inarcassa che abbiano aderito per sé ed eventualmente per il proprio nucleo familiare

L'assicurazione cessa per il dirigente e conseguentemente per i familiari del dirigente, con la risoluzione del rapporto di lavoro, con effetto dalla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

Per i figli nati la garanzia decorre immediatamente. La comunicazione deve avvenire entro 30 giorni dalla nascita.

DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato d'Oneri ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicuratore la Società.

Assistenza diretta prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale qualificato

Contraente soggetto che stipula la polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

Grandi Interventi/ Gravi Eventi Morbosi ricoveri chirurgici o medici coperti dalla polizza collettiva "Grandi Interventi" e "Gravi Interventi Morbosi" stipulata da Inarcassa

Equipe medica convenzionata professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Indennizzo somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico

Malformazione deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti dei suoi organi per condizioni morbose congenite

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 esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo
Istituti di cura convenzionati	le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.
Malattia Massimale	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
Nucleo familiare	l'intero nucleo familiare composto da coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico anche non conviventi.
Ricovero	degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.
Day Hospital	le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica
Intevento Chirurgico	qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	prestazione chirurgica anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento
Accertamento Diagnostico	prestazione medica strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia
Sinistro Indennità Sostitutiva	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse
Scoperto	la somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Franchigia	la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.
Sinistro	verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

:

EVENTI GARANTITI

RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

La Società rimborsa all'Assicurato, a seguito di malattia e infortunio, fino alla concorrenza di **€1.500.000,00** per persona le spese sostenute per le prestazioni di cui ai successivi punti. Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale sopraindicato si intende unico per nucleo familiare.

A) Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale

Prima:

onorari medici, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero inerenti l'evento considerato;

Durante:

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi comprese protesi anatomiche applicate durante l'intervento) e quant'altro necessario durante l'intervento (plasma, sangue, garze etc.);

accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi sostenute durante il periodo del ricovero;

rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);

nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio è altresì compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

Dopo:

onorari medici, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici o da fisioterapisti, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenuti nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

Sono inoltre compresi nei ricoveri:

1. ricoveri in regime di Day Hospital;
2. interventi chirurgici ambulatoriali;
3. le cure e i trattamenti terapeutici praticati in regime di ricovero al nascituro ed al neonato sino alla scadenza indicata nella scheda di polizza;
4. i trattamenti con laser eccimeri purché vengano effettuati:
 - 1- in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - 2- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio

L'assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

B) Servizio Sanitario Nazionale

L'assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa in quanto ricoverato presso strutture del SSN, la Società corrisponderà una indennità per ogni giorno di degenza di Euro 125,00 fino ad un massimo di 300 giorni per assicurato e per anno assicurativo. Tale indennità viene aumentata a Euro 250,00 in caso di ricovero per parto. Tutte le spese sostenute prima e dopo il ricovero verranno rimborsate come al precedente punto A)

RIMBORSI

Le spese verranno rimborsate con le modalità qui di seguito specificate:

- al 100% nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, sia delle cliniche che dei medici, fossero effettuate nell'ambito delle convenzioni intrattenute con il Network;
- con applicazione di una franchigia fissa di Euro 600,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato qualora lo stesso decida di utilizzare le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, sia delle cliniche che dei medici non convenzionati con il Network. Si precisa che detta franchigia non verrà applicata nei casi di interventi ambulatoriali.
- al 100% in caso di ricovero urgente da malattia e/o infortunio, indipendentemente dalla struttura utilizzata.
- Al 100% in caso di ricovero in strutture intramoenia e/o reparto privato nelle strutture pubbliche convenzionate o no con il Network;
- Al 70% in caso di parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico in strutture non convenzionate.

PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA RICOVERI

La Società rimborsa all'Assicurato in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati ai precedenti punti "A" e "B":

1. le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto d'urgenza dell'Assicurato in istituti di cura, con qualsiasi mezzo idoneo strettamente necessario (ambulanza, eliambulanza ecc..) sia negli stati membri della comunità europea, con un limite di Euro 1.600,00 per anno e per persona; sia nel Resto del Mondo con il limite di Euro 5.000,00 per anno e per persona. In caso di decesso la Società rimborsa nei limiti dei massimali sopra indicati il costo per il rientro della salma.
2. le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di Euro 60,00 e con un massimo di 30 giorni per anno e per persona;

SPESE PER "ALTA DIAGNOSTICA" EXTRA-RICOVERO

La Società rimborsa all'Assicurato le spese per le seguenti prestazioni sanitarie: Angiografia, Angiografia digitale, Arteriografia digitale, Broncoscopia, Cistografia, Colonscopia, Coronarografia, Diagnostica radiologica, Ecocardiografia, Ecocardiogramma, Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler), Ecografia, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Esofagogastroduodenoscopia

- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia), Laserterapia, Radionefrogramma, Risonanza magnetica nucleare, Scintigrafia, TAC, Telecuore, Urografia nonché Dialisi.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 50 per evento o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 2.500** per persona e per anno assicurativo

ONCOLOGICHE

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le terapie extra-ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplasiche.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 5.000** per persona e per anno assicurativo.

Le spese sostenute saranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto 10% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ciclo di terapia.

I ticket sono rimborsati al 100%.

SPESE SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

La Società rimborsa all'Assicurato le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere:

- onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche);
- analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi effettuati da medici specialisti;
- applicazioni di apparecchio gessato;
- cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate presso gabinetto dentistico;
- cure termali, in base ad una diaria giornaliera onnicomprensiva pari al 3% della somma assicurata con la presente garanzia e con un massimo di Euro 60,00 La diaria è corrisposta per ogni giorno di permanenza nella stazione termale per un periodo massimo di 20 giorni per ogni anno assicurativo relativamente a ciascun assicurato;
- prestazioni infermieristiche effettuate da personale abilitato e specializzato;
- medicinali prescritti dal medico curante esclusi gli amari medicinali, i lassativi e i digestivi;
- cure omeopatiche : la garanzia comprende le visite mediche e gli accertamenti ambulatoriali, esclusi i medicinali,

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 2.500,00** per persona e per anno assicurativo

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per prestazione nel caso di visita specialistica o accertamento diagnostico, per sinistro per tutte le altre garanzie previste da questo punto tranne i medicinali per i quali il minimo non indennizzabile opera per scontrino

I ticket sono rimborsati al 100%.

Le prestazioni relative a visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici rieducativi possono essere effettuate nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società da personale convenzionato.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Relativamente all'amniocentesi e al prelievo dei villi coriali, essi vengono garantiti qualora ricorra una delle due seguenti condizioni:

- che l'Assicurata sia di età superiore ai 35 anni;
- che con idonea certificazione medica venga attestata una familiarità dell'Assicurata con malformazioni genetiche o comunque un fondato sospetto di alterazioni genetiche (comprese le alterazioni cromosomiche) del feto oppure anomalie fetali riscontrate ecograficamente.

ODONTOIATRICHE

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute a seguito di malattia per:

- cure dentistiche
- estrazioni
- protesi dentarie
- apparecchi ortodontici

Si precisa che l'implantologia, sia su osso mascellare che mandibolare resa necessaria a seguito di infortunio ed effettuata da medico chirurgo, viene considerata intervento chirurgico a tutti gli effetti, se invece viene effettuata per altra causa, rientra nella presente garanzia: "Cure Dentarie rese necessarie a seguito di malattia" e vigono il massimale e la franchigia previsti.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 1.000** per persona e per anno assicurativo

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura.

I ticket sono rimborsati al 100%.

LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato, nel caso di modifica del visus, le spese per l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse le montature) nonché di protesi sostitutive oculari.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 250,00** per persona e per anno assicurativo

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto 25% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

I ticket sono rimborsati al 100%.

PROTESI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche ed acustiche, tutori e similari, carrozzelle ortopediche nonché il noleggio di apparecchiature per emodialisi.

Il massimale assicurato corrisponde a € 1.000 per persona e per anno assicurativo

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto 25% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per sinistro.

I ticket sono rimborsati al 100%.

PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende:

- a) le spese relative a controlli di routine e/o check up;
- b) le malattie e gli infortuni e le loro conseguenze dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati, abuso di alcolici e psicofarmaci, droghe, allucinogeni e stupefacenti;
- c) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc..) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente polizza;
- d) le conseguenze di guerra, insurrezioni ed operazioni militari;
- e) gli infortuni subiti in seguito alla partecipazione dell'Assicurato alla pratica di sports aerei e motoristici in genere, escluse le gare di regolarità.
- f) gli stati patologici correlati all'infezione di HIV;
- g) le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- h) la fecondazione artificiale in tutte le sue forme;
- i) le spese sostenute per aborto volontario e le conseguenze che ne possono derivare;
- j) le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate o gli onorari di medici non autorizzati ad esercitare;
- k) i trattamenti psicoterapici a meno che a seguito di infortunio;
- l) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- m) il servizio militare e/o sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo;
- n) la copertura assicurativa non comprende la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri salvo quanto previsto dalla prestazione "ricoveri con o senza intervento chirurgico" punto 4.

CONDIZIONI GENERALI

ART. 1 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero ed è operante anche a favore degli Assicurati recatisi in Paesi esteri per fruirvi delle prestazioni di polizza.

ART. 2 - Effetto e scadenza del contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2011 e cessa alle ore 24.00 del 31.12.2014.

Il contratto è rescindibile da parte della contraente ad ogni scadenza anniversaria con comunicazione da trasmettersi a mezzo raccomandata con almeno 90 giorni di anticipo.

Il contratto è rinnovabile per ulteriori 24 mesi.

ART. 3 - Pagamento del premio

In deroga all'art. 1901 del cod. civ. l'Assicuratore garantisce la copertura del rischio, incluse le garanzie facoltative, dalle ore 24.00 del 31/12/2011 senza soluzione di continuità alcuna rispetto alle coperture precedentemente in vigore. Il Contraente verserà il premio alla firma entro 30 giorni dal ricevimento del documento contrattuale.

Il premio viene anticipato all'inizio dell'annualità assicurativa sulla base delle persone assicurate alla data della decorrenza della polizza risultanti dalla scheda di polizza o dall'eventuale elenco allegato alla stessa. Al termine di ogni semestralità assicurativa si procederà al conguaglio del premio sulle seguenti basi:

- a) Inclusioni: per tutte le entrate con decorrenza tra i dodici ed i sei mesi antecedenti la data di scadenza indicata nella scheda di polizza, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo. Se l'entrata decorre dopo tale periodo il premio dovuto è pari al 60% del premio annuo.
- b) Esclusioni: tutte le uscite avranno effetto alla scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 4 - Limite di età

La fruibilità delle prestazioni permane sino al limite di età di 80 anni compiuti e comunque fino alla data di scadenza indicata nella scheda di polizza.

ART. 5 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia di Assicurazione effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla copia della cartella clinica o documentazione medica sostitutiva della stessa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un familiare beneficiario: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico, e corredate dalla relativa diagnosi; sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto previsto in caso di ricovero).

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno 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/Banca d'Italia.

Assistenza diretta

La Compagnia di Assicurazione effettua il pagamento delle prestazioni erogate all'Assicurato a termine di polizza in regime di assistenza diretta a condizione che :

- l'Istituto di Cura aderisca al Network della Compagnia di Assicurazione;
- l'Assicurato abbia richiesto alla Compagnia di Assicurazione, con un preavviso di almeno 2 giorni e per mezzo dell'apposito modulo, autorizzazione alla procedura di assistenza diretta.

In ogni caso rimarranno a carico dell'Assicurato :

- le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni di polizza
- tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura dell' Istituto di cura e/o medico
- gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento
- gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti
- le fatture relative a prestazioni rese da medici non convenzionati con il Network

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, l'Assicurato dovrà in ogni caso contattare preventivamente la Centrale Operativa.

Le spese per prestazioni sanitarie autorizzate fornite dalla struttura convenzionata verranno liquidate secondo quanto previsto al presente punto mentre le spese relative al personale medico non convenzionato, non autorizzate e tutte le altre connesse al ricovero verranno rimborsate con i relativi limiti previsti alla voce "Rimborsi" per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate.

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, l'Assicurato deve:

- 1) contattare preventivamente la **Centrale Operativa** tramite i seguenti numeri telefonici

Dall'Italia

Dall'estero

Comunicando con estrema precisione :

- gli estremi della sua identificazione- nome e cognome, numero di polizza
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico
- Prescrizione medica del ricovero per poter concordare la Struttura Sanitaria e l'Equipe medico chirurgica convenzionate più consone al caso.

- 2) All'atto del ricorso alla Struttura Sanitaria Convenzionata, sottoscrivere lo specifico modello di " Richiesta prestazione " trasmesso dalla Società all'Associazione.

Per ogni Assicurato verrà emesso: un tesserino certificante il diritto alle prestazioni e per ogni nucleo verrà fornita una copia di una guida contenente l'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica.

ART. 6 - Denuncia del sinistro - Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve presentare denuncia al termine della cura, corredata della necessaria documentazione medica, alla Compagnia di Assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono acconsentire alla visita di un medico ed a qualsiasi indagine od accertamento che vengano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

ART. 7 - Modalità di rimborso per l'assistenza indiretta

La Compagnia di Assicurazione, ricevuta la documentazione in originale delle ricevute, fatture notule di spesa, certificati medici di diagnosi e prescrizione, cartelle cliniche e quanto altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri, effettua le opportune verifiche e accredita, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, gli indennizzi calcolati con unica rimessa a favore del conto corrente indicato dall'Assicurato, restituendo all'Assicurato la

documentazione ricevuta ai fini della liquidazione del sinistro, previa stampigliatura dell'importo liquidato.

La Compagnia di Assicurazione provvederà a comunicare al contraente con scadenza mensile i dati riepilogativi concernenti i pagamenti di indennizzi.

ART. 8 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Qualora l'infortunio o la malattia siano imputabili a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione, previsto dall'art. 1916 del Codice Civile, salvo che il responsabile dell'infortunio sia assicurato ai sensi della Legge 24/12/1969 n. 990 e successive modificazioni e l'infortunio sia diretta conseguenza della circolazione dei veicoli così come previsto dalla stessa legge.

ART. 9 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulle indennità, le parti interessate si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi delle indennità a norma e nei limiti delle condizioni di assicurabilità, 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 dove risiede il contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle 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.

ART. 10 - Foro Competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo è competente esclusivamente il Foro di Roma.

ART. 11 - Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni e gli adempimenti amministrativi della presente polizza ai quali sono tenute le parti e intervenuti fra le medesime, devono essere effettuate con lettera raccomandata.

ART. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 13 - Modifiche dell'assicurazione

Le modifiche contrattuali devono essere provate dalle Parti per iscritto.

ART. 14 - Oneri fiscali dell'assicurazione

Sono a carico del Contraente, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi al contratto.

ART. 15 - Assicurazione per conto

Qualora la presente polizza sia stipulata per conto altrui vale quanto disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

ART. 16 - Riferimento alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le vigenti norme di legge italiane.

NORME CHE REGOLANO L'ASSISTENZA

Per usufruire delle prestazioni previste, l'Assicurato o chi per esso deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i Seguenti numeri telefonici

Dall'Italia

Dall'estero

comunicando:

- il tipo di assistenza di cui necessita,
- nome e cognome, numero di polizza,
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico.

ART.17 - Prestazioni di Assistenza

17.1 Consulti medici

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

17.2 Invio medico

La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 Successive e 24 ore Su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico della Società.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico della Società.

La prestazione è fornita 3 volte l'anno per ogni nucleo assicurato

17.3 Trasporto in autoambulanza

La Centrale Operativa qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza il trasferimento inviando direttamente l'autoambulanza con limite di 200 km (andata/ritorno)

Le spese di trasporto sono a carico della Società

La prestazione è fornita 3 volte l'anno per ogni nucleo assicurato.

17.4 Consegna farmaci a domicilio

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'Assicurato e quindi in farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

La prestazione è fornita 3 volte l'anno per ogni nucleo assicurato.

17.5 Rete sanitaria

La banca dati della rete delle Strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate.

17.6 Gestione dell'appuntamento / applicazione delle tariffe convenzionate

A) Qualora l'assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'Assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

B) L'assicurato, anche per prestazioni non garantite dal piano sanitario, potrà richiedere, mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa, l'applicazione delle tariffe convenzionate con la Società mediante invio di apposito fax alla struttura convenzionata.

17.6 Assistenza infermieristica

Qualora a Seguito di ricovero per infortunio o malattia, l'assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di € 55,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi

17.7 Trasporto sanitario

Il Servizio Medico della Centrale Operativa in seguito a infortunio o malattia improvvisa dell'assicurato occorsi all'estero, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale e, se necessario/possibile quello di famiglia, ne organizzerà il trasporto sanitario. In base alla gravità del caso, l'assicurato sarà trasportato nell' Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla Sua residenza. Ad insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto Sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo Sanitario
- aereo di linea
- vagone letto
- cuccetta di I classe
- autoambulanza
- altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto sarà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa. Il trasporto sanitario da paesi extraeuropei, esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, sarà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Tutti i costi di organizzazione e trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto, sono a carico della Società.

17.8 Viaggio di un familiare

Se l'Assicurato si trova all'estero e viene ricoverato d'urgenza a Seguito di malattia o infortunio e i medici ritengono che non sia trasferibile prima di n 5 giorni, la Centrale Operativa organizza e prende in carico il viaggio andata e ritorno (aereo classe turistica o treno I classe) per un familiare residente in Italia, per recarsi presso l'Assicurato ricoverato. La Centrale Operativa terrà inoltre a proprio carico le spese di pernottamento del familiare fino ad un ammontare di € 80,00 al giorno e per un massimo di e 2 giorni.

17.9 Interprete a disposizione

Se l'Assicurato viene ricoverato all'estero a Seguito di infortunio o malattia e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Centrale Operativa provvede ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di € 260,00.

17.10 Trasporto della salma

In caso di decesso all'estero dell'assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie nel posto di inumazione del corpo in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia, rimanendo a carico dei familiari le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

La Società tiene a proprio carico le relative spese nel limite di € 2.600,00 per sinistro, indipendentemente dal numero degli assicurati coinvolti.

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto della salma in Italia o l'assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa provvede in tal senso mettendo a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (I classe) per presenziare alle esequie. Il costo del biglietto è a carico della Società.

Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca e l'eventuale recupero della salma.

Per richiedere le prestazioni sottoriportate occorre contattare la Centrale operativa mediante il numero gratuito verde ,.....

17.11 Diagnosi comparativa

Qualora l'assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa attraverso il numero verde In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

La compagnia mette a disposizione dell'assicurato i seguenti servizi:

Consulenza Interna. La Società fornisce un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici dell'assicurato, dell'esame da parte dei medici associati al servizio dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

Ricerca del Medico. La Società fornisce un servizio che metterà in contatto l'assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia, ricercando nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'assicurato.

Supporto nella ricerca della Cura. La Società prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti. Amministrativamente, supervisiona il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia

corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Tale prestazioni sono fornite per le seguenti patologie:

AIDS
Morbo di Alzheimer
Perdita della vista
Cancro
Coma
Malattie cardiovascolari
Perdita dell'udito
Insufficienza renale
Perdita della parola
Trapianto di organo
Patologia neuro motoria
Sclerosi multipla
Paralisi
Morbo di Parkinson
Infarto
Ictus
Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare alla Compagnia la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico della Società, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

Rimangono a carico dell'Assicurato il costo di tutti gli esami necessari (i esami diagnostici, esami di laboratorio, immagini fotografiche ecc...) per il consulto ed eventualmente il costo di ulteriori esami richiesti dallo specialista contattato a seguito dello stesso consulto .
L'Assicurato ha diritto ad un massimo di tre prestazioni per anno di validità della polizza.

17.12 Prevenzione

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Le prestazioni con prelievo venoso possono comprendere:

- ALT
- AST
- Gamma GT
- Glicemia
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- Urea
- Creatina
- Emocromo
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)

- VES
- Psa

Le prestazioni comprendono:

- Esame urine
- Ricerca sangue occulto fecale
- Visita ginecologica - Pap-test

Nelle prestazioni di cui al presente articolo sono compresi anche gli stati patologici pregressi.

ART. 18 - Termini di aspettativa

Non sono previsti termini di aspettativa

Il Contraente

La Società

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente e la Società dichiarano di approvare le disposizioni contenute nei paragrafi seguenti:

- ART. 2 - Effetto e scadenza del contratto
- ART. 3 - Pagamento del premio
- ART. 8 - Rinuncia all'azione di rivalsa
- ART. 9 - Controversie
- ART. 10 - Foro Competente
- ART. 11 - Forma delle comunicazioni
- ART. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- ART. 13 - Modifiche dell'assicurazione
- ART. 15 - Assicurazione per conto
- ART. 18 - Termini di aspettativa

Il Contraente

La Società