

BOZZA CONVENZIONE

**Piano sanitario
Iscritti Assodirbank**

Agli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le disposizioni dei punti sottoelencati:

A.4 Termini di aspettativa

A.5 Durata dell'assicurazione/Tacita proroga dell'assicurazione

A.2 Persone non assicurabili

A.3 Patologie particolari

A.6. Requisiti di assicurabilità

A.7 Aggravamento del rischio

A.10 Altre assicurazioni

A.11 Foro competente

B.3 Limiti di età

C.1 Denuncia del sinistro

C.2 Controversie

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse

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.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- malattie oncologiche;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società**
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**
- c) Servizio Sanitario Nazionale**

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore degli Iscritti Assodirbank.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del titolare, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Il Contraente

La Società
Un procuratore

5

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 207,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 51,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 51,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

Il Contraente

La Società
Un procuratore

6

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all’estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.550,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate, con una franchigia pari a 500,00 Euro direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”,

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 3.6 “Parto e aborto”;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”:

– lett. d) “Retta di degenza”;

– lett. e) “Accompagnatore”;

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.6 “Parto e aborto”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 50.000,00 per singolo o per nucleo familiare.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia

– Vesciculodeferentografia

Chemioterapia

Cobaltoterapia

Dialisi

Elettromiografia

Laserterapia a scopo fisioterapico

Risonanza Magnetica Nucleare

Scintigrafia

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per singolo o per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate 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 non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

5. VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate 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 avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per singolo o per nucleo familiare.

Il Contraente

La Società
Un procuratore

10

6. MALATTIE ONCOLOGICHE

Rimborso delle spese extra-ospedaliere per visite specialistiche (per le visite si può usufruire prima della precedente garanzia), accertamenti diagnostici e terapie oncologiche relative a malattie oncologiche.

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di terapia

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate rimborso integrale dei tickets sanitari nel limite del massimale assicurato

Nel caso di estensione al nucleo familiare della copertura, il massimale si intende per l'intero nucleo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.500,00 per singolo o per nucleo familiare.

7. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016626 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti .

8. PREMIO

Il Contraente

La Società
Un procuratore

11

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) titolare	€. 645,00
b) coniuge o convivente “more uxorio”	€. 480,00
c) ogni figlio	€. 480,00

9. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

La copertura assicurativa per le nuove adesioni in corso d'anno del dipendente e del suo nucleo familiare, come indicato al punto 2 “Persone assicurate”, decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese, per tutte le adesioni, se il presente modulo perviene al broker (tramite raccomandata) con copia del bonifico effettuato con il giusto contributo e con valuta tutti, non successivi alla data del 25 del mese stesso; decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese successivo alla data di arrivo della sottoscrizione della adesione, e relativo bonifico effettuato contestualmente, per tutte le adesioni pervenute dopo il giorno 25 del mese. Per le adesioni che pervengono nei primi sei mesi della presente polizza il premio da corrispondere sarà pari al 100% mentre per quelle nei successivi sei mesi il premio sarà pari al 60%.

L'inclusione di familiari in corso d'anno è consentita solo nel caso di variazione dello stato di famiglia del titolare per matrimonio, convivenza “more uxorio” o nuove nascite, tale richiesta di inserimento deve essere comunicata con apposito modulo entro 30 giorni dalla variazione. L'esclusione in corso d'anno è prevista esclusivamente nel caso di decesso del titolare, in questo caso la copertura per tutti i cesserà a far data dal decesso con rimborso del contributo tassabile non goduto. Qualora un componente del nucleo familiare già in copertura uscisse dallo stato di famiglia resterà fino alla prima scadenza annua, in questo caso dovrà essere comunicato col presente modulo.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura ha effetto dalle ore 24 del dell'ultimo giorno del mese per tutte le adesioni raccolte e con bonifico effettuato entro il giorno 25 del mese stesso; decorre dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese successivo alla sottoscrizione della adesione per tutte le adesioni raccolte e con bonifico effettuato successivamente al giorno 25 del mese, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente le prestazioni decorrono dalle ore 24 del primo giorno del mese successivo all'avvenuto pagamento se effettuato entro il giorno 25 del mese stesso altrimenti, dell'ultimo giorno del mese successivo se effettuato successivamente al giorno 25 del mese.

I contributi devono essere pagati alla Società.

Se il socio non paga i contributi associativi o le rate successive, le prestazioni restano sospese dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprendono efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Sono definite “persone non assicurabili” coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all’HIV;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%

e l’assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

A.3 PATOLOGIE PARTICOLARI

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all’atto della sottoscrizione della polizza:

- Miopia
- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati), ecc.;
- Meniscectomia
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Per esse verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- Indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 260,00 per ogni intervento chirurgico/patologia, a meno che l’Assicurato non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l’alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede e/o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni dell’art. 1 “Oggetto dell’assicurazione”; qualora il ricovero avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l’indennità sostitutiva prevista al punto 3.9 “Indennità sostitutiva” per un massimo di 3 giorni.

L’Assicurato potrà in ogni caso avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate con la Società con relativa applicazione delle tariffe concordate mantenendo le spese a proprio carico.

Il Contraente

La Società
Un procuratore

13

- Oltre tale termine temporale, le patologie rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta sia nella forma rimborsuale.

A.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell’assicurazione per gli infortuni ;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le malattie ;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per l’aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le patologie di cui all’art. A.3 “Patologie particolari”, fermo quanto previsto al medesimo articolo.
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le infezioni da HIV.

A.5 TACITA PROROGA / DISDETTA DELL’ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, l’assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L’eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all’altra Parte a mezzo raccomandata, almeno sessanta giorni prima della scadenza del contratto. Entro il termine utile per l’invio della disdetta, la Società potrà proporre modifiche delle condizioni di polizza e/o dell’ammontare dei premi.

A.6 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

La presente copertura assicurativa è prestata sulla base della dichiarazione dell’Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto elencate al punto A.2 “Persone non assicurabili”; la suddetta dichiarazione forma parte integrante del contratto. Pertanto, qualora la Società riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, verrà applicato quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 c.c..

A.7 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti del rischio, ivi comprese le variazioni relative alla professione e al luogo di residenza delle persone assicurate, ai sensi dell’art. 1898 c.c..

A.8 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.9 ONERI FISCALI

Il Contraente

La Società
Un procuratore

14

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.10 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

A.11 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici, ad eccezione di quanto previsto al punto "Patologie particolari";
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni ;
- 4) gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 5) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

- 6) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- 7) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 8) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio ;
- 9) i ricoveri per aborti non terapeutici e per malattie dipendenti da gravidanza, qualora la gravidanza abbia avuto inizio in un momento precedente a quello di effetto dell'assicurazione ;
- 10) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie ;
- 11) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- 12) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

B.3 LIMITI DI ETA'

L'assicurazione può essere stipulata da persone che, al momento della stipulazione del contratto, non abbiano superato il 70° anno di età e può essere mantenuta fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

Nel caso di pluralità di Assicurati, la cessazione ha effetto soltanto relativamente al rapporto del soggetto assicurato che abbia superato il 80° anno di età.

C - SINISTRI

C. 1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-016626 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" , C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b)" Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b)" Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società"

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 “Sinistri in strutture convenzionate con la Società“ o C.1.2 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società“.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell’indennità sostitutiva, l’Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all’originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all’Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all’Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l’Assicurato in merito alla stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all’invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e liquidati;
- **riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell’anno con l’indicazione dell’importo richiesto, dell’importo liquidato e dell’eventuale quota di spesa rimasta a carico dell’Assicurato.

Per i sinistri avvenuti all’estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell’Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da 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.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l’Autorità Giudiziaria competente.

Il Contraente

La Società
Un procuratore

18

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

C.3 CLAUSOLA BROKER

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto ad Area Brokers Industria srl, Via De Togni 28, 20123 Milano - di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Area Brokers Industria srl stessa.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il versamento verrà effettuato dalla Contraente ad Area Brokers Industria srl che provvederà al versamento alla Compagnia Assicuratrice.

Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'Art.1901 c.c., del pagamento così effettuato. Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker s'intenderà come fatta alla Compagnia, purché non comporti variazioni nelle Condizioni di Polizza.
