



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente:

Polizza n°:

**“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE”
BASIC**

SEI IN SALUTE
ALTA PROTEZIONE

DIREZIONE INDUSTRIALE DANNI

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE” BASIC

1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

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, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

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 a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.



Infortunio	L'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.
Lettera di impegno	<i>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.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
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.
Non fumatore	L'Assicurato che: <ul style="list-style-type: none"> • non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni; • negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.
Nucleo familiare	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
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	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Assicurazioni Generali S.p.A.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati 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.
6 IN SALUTE Card	Documento che consente all'Assicurato di accedere, previa autorizzazione della Centrale Operativa Medica, alle Strutture Mediche Convenzionate per usufruire del pagamento diretto.

2. NORME COMUNI

Art. 2.1

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione

Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. In tale caso il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 5.2 resterà sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno di pagamento fermo quanto previsto al successivo periodo.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.2

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. 2.3**Proroga dell'assicurazione – Aggiornamento del premio**

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.

Essendo la tariffa del presente contratto basata sull'età dell'Assicurato, in occasione della scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato nella vigente tariffa in un aumento forfetario del 3% da applicarsi all'ultimo premio antecedente ciascuna proroga annuale ferma la successiva applicazione dell'art. 2.8 Indicizzazione.

A tale aggiornamento non è soggetto il premio dell'assicurazione Assistenza.

Art. 2.4**Assicurazione presso diversi assicuratori**

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 2.5**Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni**

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.6**Dichiarazione di stato di non fumatore**

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per

mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 2.7

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorso un anno dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 2.8

Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (indice costo della vita).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di agosto dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto con quello del mese di agosto successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie ed i premi Assistenza.

Art. 2.9

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 rivolgersi all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.10**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 anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.11**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.

3. GARANZIE

Art. 3.1**Spese ospedaliere e chirurgiche**

La presente assicurazione opera, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza, in caso di:

- **interventi chirurgici** effettuati in regime di ricovero in istituto di cura, day hospital o ambulatorio medico, resi necessari da malattia od infortunio;
- **ricoveri in istituto di cura senza intervento chirurgico** resi necessari da malattia o infortunio;

per l'indennizzo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- c) le rette di degenza;
- d) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- e) esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici (compresa agopuntura purché effettuata da medico) o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato ai 240 giorni successivi alla data di dimissione;

- f) l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 45 giorni successivi alla data di dimissione, *fino alla concorrenza del limite di euro 1.500,00*;
- g) trasporto dell'Assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, *il tutto fino ad un massimo di euro 1.500,00 per intervento o ricovero*.

Art. 3.2

Maternità

La Società tiene indenne l'Assicurata in caso di ricoveri in istituto di cura per parto con o senza taglio cesareo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- c) le rette di degenza;
- d) il trasporto dell'Assicurata in autoambulanza all'istituto di cura e per il ritorno a casa.

Le spese per il parto sono indennizzate fino a concorrenza:

- *della somma di euro 2.500,00 per il parto senza taglio cesareo;*
- *della somma di euro 5.000,00 per il primo parto con taglio cesareo;*
- *della somma di euro 2.500,00 per il parto con taglio cesareo successivo al primo (accaduto o meno in vigenza di polizza).*

Art. 3.3

Malattie oncologiche

In caso di diagnosi di malattia oncologica la Società tiene indenne l'Assicurato, oltre a quanto previsto dall'art. 3.1, delle spese rese necessarie dalla malattia oncologica stessa e sostenute entro i 2 anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie fino a concorrenza della somma assicurata di euro 6.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona assicurata.

Art. 3.4

Estensione per cure dentarie a seguito di infortunio

La Società tiene indenne l'Assicurato delle spese sostenute a seguito di infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive. La garanzia comprende le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari ed è *operante fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per persona ed anno assicurativo con applicazione di uno scoperto pari al 20% delle spese sostenute*.

Ai fini dell'operatività della garanzia è richiesta la certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso - od analogo struttura ospedaliera legalmente riconosciuta - cui si sia fatto immediato ricorso, comprovante l'arvenuto infortunio ed il trauma dentario.

Art. 3.5

Accompagnatore

Nel caso l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura, necessiti dell'assistenza di un

accompagnatore la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese necessarie per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, od in struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore.

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 100,00 giornalieri, per un periodo non superiore a 60 giorni per annualità assicurativa; le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 1.500,00 per annualità assicurativa.

Art. 3.6

Indennità sostitutiva

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 indennizzo di euro 100,00 per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione. L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero – lettere d), e), f) e g) dell'art. 3.1 e lettera d) dell'art. 3.2 – saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa.

Art. 3.7

Anticipo indennizzi

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 convenzionamento "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. 5.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.*

Art. 3.8

Somma assicurata

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata.

Art. 3.9

Rimborso spese extraricovero

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 5.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- | | |
|--|---|
| - Amniocentesi | - Isterosalpingografia |
| - Angiografia | - Holter |
| - Arteriografia | - Laserterapia |
| - Cateterismo cardiaco | - Mielografia |
| - Cistografia | - Mineralogia Osea Computerizzata (MOC) |
| - Coronoarografia | - Radioterapia |
| - Clisma opaco | - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) |
| - Colecistografia | - Scintigrafia |
| - Coronarografia | - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) |
| - Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler) | - Tomografia ad emissione di positroni (PET) |
| - Ecocardiografia | - Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET) |
| - Elettromiografia | - Urografia |
| - Endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.) | |
| - Esame urodinamico completo | |
| - Fluorangiografia oculare | |

La Società rimborsa le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Art. 3.10

Limiti di indennizzo

Qualora l'Assicurato non usufruisca del servizio di pagamento diretto di cui all'art. 5.2, la Società per ciascun evento indennizza le spese con i seguenti limiti:

- *per le rette di degenza – lettere c) artt. 3.1 e 3.2 - fino a concorrenza della somma di euro 200,00 giornalieri;*
- *per i soli ricoveri senza intervento chirurgico, le spese sostenute nei 60 giorni precedenti il ricovero - lettera d) art. 3.1 - sono rimborsate con il limite del 20% delle spese complessivamente sostenute durante il ricovero stesso;*
- *per i ricoveri dovuti ad appendiciti, varici ed emorroidi, fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00;*
- *per i ricoveri dovuti ad adenoiditi e tonsilliti, fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00.*

4. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 4.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.2

Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV 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. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Art. 4.3

Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- 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 o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) 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;*
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- h) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- j) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- k) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- l) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli*

- interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- m) *le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia, fatto salvo quanto previsto all'art. 3.4;*
- n) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- o) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- p) *le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.*

Art. 4.4

Termini di aspettativa

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) *dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;*
- b) *del trentesimo giorno successivo per le malattie e l'aborto spontaneo;*
- c) *del trecentesimo giorno successivo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data;*
- d) *del novantesimo giorno successivo per l'aborto terapeutico;*
- e) *del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento** a norma dell'art. 5.2. 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; *il rimborso di tali spese verrà effettuato in base a quanto previsto dall'art. 5.3 nella misura del 80% delle spese sostenute.*
- **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. 5.4.

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. 5.3 e 5.6.*

Art. 5.2

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. 3.1, 3.2 e 3.4, senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando

dall'Italia al numero 800 ____ ____

dall'estero al numero +39 _____

fornendo 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 sarà sufficiente che l'Assicurato presenti la Valore Salute Plus Card e *compili 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, *fatta salva l'eventuale franchigia che resterà 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. 5.3.

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. 5.3

Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso

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 all'art. 3.10.

In tale caso il rimborso delle spese avverrà nella misura del 80% del loro ammontare (scoperto 20%). Tale scoperto non potrà comunque superare l'importo di euro 5.000,00 per singolo ricovero o intervento chirurgico.

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 ed il suddetto scoperto si applica all'ammontare di spese oggetto di rimborso e non a quanto pagato direttamente dalla Società alla Struttura Medica Convenzionata.

Per le altre spese previste dagli artt. 3.1. e 3.2 e diverse da quelle sostenute durante il periodo del ricovero, il rimborso avverrà comunque integralmente.

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 l'eventuale franchigia.

Art. 5.4

Modalità di pagamento: l'indennità sostitutiva

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'art. 3.6 *previa presentazione a dimissione avvenuta della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.*

In tale caso la Società inoltre rimborserà le spese sostenute:

- nei 60 giorni precedenti l'intervento o il ricovero e rimborsabili a termini della lettera d) dell'art. 3.1;
- nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero e rimborsabili a termini della lettera e) dell'art. 3.1;
- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio e rimborsabili a termini della lettera f) dell'art. 3.1;
- per il trasporto dell'Assicurato e rimborsabili a termini degli artt. 3.1 lettera g) e 3.2 lettera d).

Il rimborso delle predette spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.5

Modalità di pagamento: l'anticipo indennizzi

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'art. 3.7, 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. 5.6

Modalità di pagamento: le spese Extraricovero

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'art. 3.6 nella misura del 75% (scoperto 25%) per ogni spesa effettivamente sostenuta.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

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. 5.7

Documentazione fiscale – Rimborso da terzi

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati, intendendosi per tali anche quelli effettuati a Struttura Medica Convenzionata in luogo dell'Assicurato stesso.

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. 5.8

Franchigia

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia pattuita.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata.

Qualora siano operanti sia lo scoperto che la franchigia, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva, la franchigia in somma è sostituita da una franchigia di 5 giorni; l'indennità viene pertanto corrisposta a partire dal 6° giorno di ricovero.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia:

- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa;
- i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 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 la franchigia andrà applicata una sola volta;

- le spese indennizzabili a termini dell'art. 3.3 Malattie Oncologiche, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 3 fatta eccezione per l'art. 3.9 "Rimborso spese extraricovero".

Art. 5.9

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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.10

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. 5.11

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 integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.