



- CASA
- AUTO
- SALUTE**
- RISPARMIO
- PROTEZIONE
- PREVIDENZA
- LAVORO

Condizioni di assicurazione
Rimborso spese mediche - Forma elite

**GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA ELITE
OGGETTO DELLA GARANZIA**

Art. 1	Rimborso spese mediche	2
Art. 2	Check-up di diagnostica preventiva	4
Art. 3	Prevenzione odontoiatrica	5

GARANZIA FACOLTATIVE

Art. 4	Alta Diagnostica	6
Art. 5	Diagnostica e Specialistica	6

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Art. 6	Termini di aspettativa	7
Art. 7	Esclusioni	8
Art. 8	Rischi assicurabili con patto speciale	9

MODALITÀ DI RIMBORSO

Art. 9	Criteri di erogazione del rimborso spese mediche	10
--------	--	----

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 10	Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	11
Art. 11	Modalità operative nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati	11

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Art. 12	Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche	12
Art. 13	Criteri di liquidazione delle garanzie facoltative	13
Art. 14	Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati e loro variazione	13
Art. 15	Controversie: arbitrato irrituale	14

CONDIZIONI SPECIALI	15
----------------------------	-----------

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA ELITE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

OGGETTO DELLA GARANZIA**ART. 1****RIMBORSO SPESE MEDICHE**

La Società, con massimale annuo illimitato e fermi i limiti di seguito stabiliti e quanto disposto al successivo art. 9, nei casi di:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio;
- parto o aborto terapeutico, comportanti ricovero;

garantisce le prestazioni indicate ai paragrafi:

- durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero;
- prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero.

La Società garantisce altresì le prestazioni indicate al paragrafo:

- *durante* il day hospital.

durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) 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 compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- c) rette di degenza;
- d) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di € 120,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- e) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro, con il limite di € 2.500,00 per sinistro;
- g) in caso di parto indennizzabile a termini di contratto le spese per:
 - cure, visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio del neonato effettuati nei primi 30 giorni di vita, all'interno dei limiti di indennizzo per il parto previsti al presente articolo;
 - eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite del neonato nel primo anno di vita. Nel caso in cui, trascorso il primo anno di vita e senza soluzione di continuità, il bambino venga assicurato, dietro corresponsione del relativo premio, e la presente garanzia sia stata attivata per l'eliminazione o la correzione di un difetto fisico o di una malformazione congenita, ne viene confermata l'operatività, limitatamente alle sole conseguenze dirette, sino al compimento del terzo anno di età.

In caso di ricovero, qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero", la Società corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di € 200,00 con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

In caso di parto, la suddetta indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

In caso di intervento chirurgico senza ricovero, la suddetta indennità sostitutiva si intende dimezzata.

prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- h) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero (o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero);
- i) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data di intervento chirurgico senza ricovero). Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico subito siano riconducibili a neoplasie maligne, il predetto termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero) e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;
- j) spese per:
 - acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
 - acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico, con il limite di € 2.500,00 per persona e per anno assicurativo;
- k) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio con il limite di € 1.500,00 per sinistro;

purché direttamente inerenti la malattia, l'infortunio, il parto o l'aborto terapeutico che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero.

durante il day hospital

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessarie cure e/o terapie mediche in day hospital, la Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la degenza per:

- l) assistenza medica e infermieristica;
- m) medicinali;
- n) trattamenti oncologici necessari per neoplasie maligne;
- o) rette di degenza;

purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il day hospital.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il day hospital", la Società corrisponde un'indennità sostitutiva di € 100,00.

Per l'insieme di tutte le prestazioni garantite dal presente articolo 1 - Rimborso Spese Mediche, sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per persona e per evento:

- € 3.500,00 per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);
- € 7.000,00 per parto con taglio cesareo.

ART. 2

CHECK-UP DI DIAGNOSTICA PREVENTIVA

L'Assicurato di età superiore ai 30 anni può eseguire, presso i centri diagnostici convenzionati, un check-up predefinito in base all'età ed al sesso come di seguito indicato:

Donna tra 31 e 40 anni	Uomo tra 31 e 50 anni
Emocromo completo VES Azotemia Gamma GT Glicemia Colesterolo totale HDL/LDL Trigliceridi Transaminasi ASL Transaminasi ALT Esame urine completo Sangue occulto nelle feci ECG Ecografia addome completo Pap test Ecografia mammaria Visita medica generale (iniziale/conclusiva)	Emocromo completo VES Azotemia Gamma GT Glicemia Colesterolo totale HDL/LDL Trigliceridi Transaminasi ASL Transaminasi ALT Esame urine completo Sangue occulto nelle feci ECG Ecografia addome completo Uricemia Visita medica generale (iniziale/conclusiva)
Donna oltre 40 anni	Uomo oltre 50 anni
Quanto sopra previsto con Mammografia in luogo di Ecografia mammaria	Quanto sopra previsto con aggiunta di PSA

Per le suindicate prestazioni, da eseguirsi in un'unica soluzione, la Società effettua il pagamento diretto al centro diagnostico convenzionato.

Per effettuare il check-up l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa (ai recapiti indicati al successivo art. 11) che, previa indicazione del numero di polizza da parte dell'Assicurato, provvederà, in accordo con quest'ultimo, alla prenotazione presso uno dei centri diagnostici convenzionati, in base alle disponibilità degli stessi.

L'Assicurato potrà effettuare i check-up per la prima volta nel corso del secondo anno di vita del contratto e, successivamente, con cadenza triennale e a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Nulla sarà dovuto dalla Società qualora i check-up non vengano eseguiti nei termini suindicati.

Il primo check-up è totalmente a carico della Società. Per i successivi è prevista l'applicazione di una franchigia di € 75,00 che rimane a carico dell'Assicurato e che dovrà essere dallo stesso versata al centro diagnostico convenzionato. Tale franchigia non è sottoposta ad indicizzazione come prevista all'art. 11 delle condizioni di assicurazione "Norme comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - Sezione 1.

Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

ART. 3

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni può eseguire, presso gli studi odontoiatrici convenzionati, le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di seguito indicate:

- ablazione del tartaro;
- visita odontoiatrica di controllo.

Per le suindicate prestazioni, da eseguirsi in un'unica soluzione, la Società effettua il pagamento diretto agli studi odontoiatrici convenzionati.

Per effettuare le prestazioni l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa (ai recapiti indicati al successivo art. 11) che, previa indicazione del numero di polizza da parte dell'Assicurato, provvederà, in accordo con quest'ultimo, alla prenotazione presso uno degli studi odontoiatrici convenzionati, in base alle disponibilità degli stessi.

L'Assicurato potrà effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica per la prima volta nel corso del secondo anno di vita del contratto e, successivamente, con cadenza biennale e a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Nulla sarà dovuto dalla Società qualora le prestazioni non vengano eseguite nei termini suindicati.

GARANZIE FACOLTATIVE

(operanti solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione dei relativi massimali)

ART. 4

ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 5.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero:

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- PET;
- medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- esami endoscopici (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia, broncoscopia, cistoscopia, laringoscopia, ecc.).

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico di cui all'elenco precedente.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

ART. 5

DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 3.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese, rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di ricovero o di intervento chirurgico senza ricovero, sostenute per:

- visite mediche specialistiche;
- accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di € 75,00 per ogni serie di visite e/o accertamenti pertinenti la stessa malattia o infortunio.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

ART. 6

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" - Sezione 1 - art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 8
dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto

dal 300° giorno successivo.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

ART. 7**ESCLUSIONI**

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 8;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative (salvo quanto previsto per i neonati all'art. 1);
- g) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure cellululo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 1);
- i) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne e salvo quanto previsto all'art. 3); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (salvo quanto previsto all'art. 1);
- m) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- n) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 1), ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- p) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- q) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- r) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero - con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino - in un Paese sino ad allora in pace);
- s) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- t) gli infortuni:
- derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
 - avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare o corse motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;
- u) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 8

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 7, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

MODALITÀ DI RIMBORSO

ART. 9

CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO, L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO O IL DAY HOSPITAL

Per le spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital (art. 1, paragrafi "durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero" e "durante il day hospital"), l'Assicurato, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti, potrà:

1. avvalersi di istituti di cura e medici convenzionati;
2. avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati;
3. avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati;
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

usufruendo del pagamento diretto o a rimborso da parte della Società, secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, la Società paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società:

- paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto inerenti i soli costi dell'istituto di cura;
- rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto corrisposte dall'Assicurato stesso ai medici non convenzionati, fino a concorrenza di € 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, fino a concorrenza di € 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero, intervento chirurgico senza ricovero o day hospital ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva di cui all'art. 1.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero (art. 1, paragrafo "prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero"), l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate integralmente dalla Società, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

ART. 10

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Relativamente all'art. 1 - Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero o il day hospital), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, secondo le modalità riportate al successivo art. 11, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo art. 12. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 11

MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati, per usufruire di prestazioni in regime di assistenza diretta, deve:

1. prima del ricovero, contattare la Centrale Operativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle 12.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti:
 - numero verde nazionale gratuito: 800.147.147
 - numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.011.741.72.47indicando:
 - numero di polizza;
 - motivo del ricovero, dell'intervento chirurgico senza ricovero o del day hospital, risultante dalla prescrizione del medico curante;
 - luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;
 - istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

La prestazione in forma diretta deve essere attivata seguendo le modalità di cui sopra almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

2. al momento del ricovero:
 - presentare la Carta Sanitaria;
3. al momento della dimissione dall'istituto di cura:
 - corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

ART. 12

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO, L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO O IL DAY HOSPITAL

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'istituto di cura vale quanto previsto al precedente punto 1.

Per i pagamenti direttamente effettuati dall'Assicurato ai medici non convenzionati, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

Il rimborso di tali spese verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi. Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sanitarie sostenute, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 3. del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'indennità sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'art. 10, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri avvenuti all'estero.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) a:

- la Struttura Organizzativa, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura convenzionato;
- la Società, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura non convenzionato o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Definito il sinistro, la Società/Struttura Organizzativa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 13

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE FACOLTATIVE

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato secondo quanto previsto all'art. 12 punto 3.

ART. 14

PRESTAZIONI ESEGUITE DA STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI E LORO VARIAZIONE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (istituti di cura, centri diagnostici e studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

La Società, lasciando invariati la portata e i limiti delle condizioni di assicurazione, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 15**CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

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 competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

CONDIZIONI SPECIALI

(operanti, in deroga a quanto riportato precedentemente, solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione della relativa lettera)

A - ABOLIZIONE INDENNITÀ SOSTITUTIVA

A parziale deroga dell'art. 1 - Rimborso Spese Mediche, l'indennità sostitutiva ivi prevista non sarà riconosciuta.

I - GARANZIA LIMITATA AI SOLI INTERVENTI CHIRURGICI

A parziale deroga dell'art. 1 - Rimborso Spese Mediche, le prestazioni ivi garantite devono intendersi operanti esclusivamente nel caso di intervento chirurgico, con o senza ricovero, reso necessario da malattia o infortunio.

F1 - FRANCHIGIA € 1.500,00

A parziale deroga dell'art. 9 - Modalità di erogazione del Rimborso Spese Mediche, per l'insieme di tutte le prestazioni garantite all'art. 1 - Rimborso Spese Mediche è operante una franchigia di € 1.500,00.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva non si procederà all'applicazione di detta franchigia.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 1 che prevedono limiti di rimborso, la franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

F2 - FRANCHIGIA € 3.000,00

A parziale deroga dell'art. 9 - Modalità di erogazione del Rimborso Spese Mediche, per l'insieme di tutte le prestazioni garantite all'art. 1 - Rimborso Spese Mediche è operante una franchigia di € 3.000,00.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva non si procederà all'applicazione di detta franchigia.

Relativamente alle prestazioni dell'art. 1 che prevedono limiti di rimborso, la franchigia opera prima dell'applicazione del limite stesso.

D - MASSIMALE PER NUCLEO

A parziale deroga degli artt. 4 - Alta Diagnostica e 5 - Diagnostica e Specialistica, i massimali ivi indicati devono intendersi operanti come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

