



Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'Articolo 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (D. Lgs. 7 settembre 2005, n.° 209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate con carattere di particolare evidenza".

CONDIZIONI DI POLIZZA – SALUTE PROTETTA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

- Ricovero:** la degenza in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Articolo 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (v. in particolare, per le malattie preesistenti, l'art. 6 lett. a) e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 Codice Civile.

Art. 2 – Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicato a ciascuno il nome degli altri ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art. 3 – Pagamento del premio

Fermo il disposto degli artt. 4 e 16, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza (ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile). I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 – Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre:

- Per gli infortuni:
 - dal momento in cui ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- Per le malattie:
 - dal 90° giorno successivo
- Per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati, anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto
 - dal 300° giorno successivo
- Per la garanzia invalidità permanente da malattia vale quanto contenuto nell'art. 16.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 90 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 riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, 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 il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 5 – Limiti di età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio. Per la garanzia invalidità permanente da malattia vale quanto contenuto nell'art. 16.

Art. 6 – Persone non assicurabili – Esclusioni

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali:

sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive e stati paranoici.

L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

L'Assicurazione non è operante inoltre per:

- a) le conseguenze dirette da infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- c) le malattie mentali o disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- d) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave)
- e) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- f) l'aborto volontario non terapeutico;
- g) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- h) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- i) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 15), punto 1;
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- m) le conseguenze dirette o indirette originarie da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.
- n) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella della stipulazione del contratto.



Art. 7 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 8 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 9 – Controversie sulla liquidazione del danno

In caso di controversie sulla liquidazione del danno, le parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre Medici nominati uno per parte, a proprie spese, ed il terzo, in comune accordo, a spese di ciascuna delle parti per il 50%.

In caso di disaccordo sulla nomina del terzo Medico, questi viene nominato dal Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio, che è presso la sede dell'agenzia che gestisce la polizza.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti e sono in ogni caso vincolanti per le parti.

Art. 10 – Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute, per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 11 – Facoltà di recesso

Dopo il sinistro, e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 12 – Proroga dell'assicurazione

Se il contratto non viene disdetto, per lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, si intende prorogato di anno in anno.

Art. 13 – Competenza territoriale

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Art. 14 – Rinvio delle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della Legislazione italiana.

CONDIZIONI RELATIVE ALLA SINGOLE GARANZIE

(ogni garanzia è operante se richiamata nel frontespizio di polizza e se per essa è stato pagato il premio corrispondente)

Garanzia Rimborso Spese Mediche

Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione

La Società, nel limite del massimale annuo assicurato, rimborsa per ogni sinistro le spese sostenute dall'Assicurato nei casi di:

- ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio;
 - intervento chirurgico, anche senza ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio;
 - parto e aborto (**escluso l'aborto volontario**) comportanti ricovero;
 - prestazioni praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna in "Day Hospital".
1. le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, di ogni altro soggetto partecipante all'intervento: diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
 2. le spese relative al periodo di ricovero per: assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
 3. le rette di degenza con il **limite massimo di € 350,00 giornaliero**;
 4. le spese di trasporto in ambulanza;

La Società rimborsa, **purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico**:

5. le spese di accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, **nei 90 giorni precedenti all'inizio del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero)**;
6. le spese sostenute nei **90 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento senza ricovero)** per: esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**);

Nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, la somma rimborsabile per la presente garanzia è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di Euro 1.500,00.

Nei casi di parto con taglio cesareo, la somma rimborsabile a termini di polizza è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di Euro 5.000,00

Nel caso di ricorso al "Day Hospital", la retta di degenza è limitata a € 125,00 giornaliero, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo.



Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia **manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono e, comunque, non oltre la data della sua cessazione.**

E' considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30-6-65 n. 1124, e successive modifiche, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa

L'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno di età e, comunque, al momento in cui l'Assicurato prima della predetta data acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. Tale cessazione ha valore anche se dovesse verificarsi l'incasso di premi scaduti dopo la cessazione stessa: in tal caso i premi erroneamente incassati verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. **La presente assicurazione non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente da infortunio prestate da questa Società.**

FASCE	PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE	PERCENTUALE LIQUIDATA
Fascia I	Inferiore Al 25%	0
Fascia II	25% - 34%	15%
Fascia III	35% - 44%	30%
Fascia IV	45% - 54%	45%
Fascia V	55% - 64%	60%
Fascia VI	65% - 74%	70%
Fascia VII	Superiore Al 74%	100%

Garanzia Diaria da Ricovero

Art. 17 – Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce per ogni Assicurato la diaria giornaliera convenuta per ogni giorno di ricovero in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, abbia luogo o meno intervento chirurgico, **per una durata massima di 180 gg. per ogni anno assicurativo.** Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione. La diaria giornaliera è garantita nei termini e nei limiti delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, la diaria giornaliera verrà corrisposta per un massimo di 5 giorni.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

A) Estensione alla garanzia rimborso spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici

La Società rimborsa, **nel limite del 10% del massimale annuo assicurato per la garanzia rimborso spese mediche, ma con il limite di € 1.500,00 annue,** le spese rese necessarie da malattia o da infortunio, che non diano luogo ad intervento chirurgico o a ricovero, sostenute per onorari medici, per visite specialistiche (**escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche**), esami ed accertamenti diagnostici.

Il rimborso delle spese viene effettuato –per ogni sinistro- con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di € 100,00.

Ai fini della presente garanzia, si intende per sinistro il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa patologia, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 90 giorni successivi.

Rimane stabilito che l'Assicurato non ha diritto, per una stessa spesa, ad ottenere due diversi rimborsi sia in base alla presente garanzia che a quelle previste dall'art. 15 delle Condizioni relative alle singole garanzie.

B) Indennità giornaliera per convalescenza

La Società garantisce, per il periodo successivo al ricovero di cui all'art. 17 delle Condizioni relative alle singole garanzie, un'indennità pari al 50% dell'importo convenuto alla garanzia Diaria da Ricovero, per un periodo pari al ricovero stesso ma **nel limite massimo di 60 giorni, semprechè l'Assicurato si trovi nella totale incapacità di attendere alle sue normali occupazioni.**

Quanto sopra dovrà essere comprovato da documentazione medica.