

Contratto di Assicurazione per la copertura del rischio Malattia

Rimborso Spese Mediche



Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione
- Modulo Proposta di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Pramerica Protezione & Salute

Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico



Pramerica

FASCICOLO INFORMATIVO

“Pramerica Protezione & Salute”

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA COPERTURA DEL RISCHIO MALATTIA
RIMBORSO SPESE MEDICHE

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

Nota informativa, comprensiva del Glossario	Pag. 5
Condizioni di Assicurazione	Pag. 13
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Mod. P&S - 01/15

Pramerica Life S.p.A. a Socio Unico
Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano
Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.
Partita IVA 10478370157
Codice Fiscale e n. di iscrizione
Registro Imprese di Milano: 02653150108

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione al n. 1.00086
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica,
iscritto all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.
Una Società controllata, coordinata e diretta
da Prudential Financial, Inc. USA

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

INDICE

NOTA INFORMATIVA	Pag. 5
A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	Pag. 5
B. Informazioni sul contratto	Pag. 5
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	Pag. 7
GLOSSARIO	Pag. 9
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 13
Norme che regolano l'Assicurazione in generale	Pag. 13
Norme che regolano l'Assicurazione Rimborso Spese Mediche OPZIONE 1 - OPZIONE 2 - OPZIONE 3	Pag. 16
Norme operanti in caso di sinistro	Pag. 26
MODULO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	(Allegato)

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

NOTA INFORMATIVA

Contratto di assicurazione per la copertura dei rischi Malattie

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A) INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

L'impresa di assicurazione – denominata nel seguito "Pramerica" – è:

Pramerica Life S.p.A. a Socio Unico

Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc. USA

Sede Legale e Direzione Generale: Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano – Italia

Telefono: 02.72258.1

Sito Internet: www.pramerica.com

Indirizzo di posta elettronica: info@pramerica.it

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.

Autorizzazione all'esercizio: D.M. 14.3.1990 G.U. 19.3.1990

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di Pramerica al 31.12.2013 ammonta a 39,37 milioni di euro, di cui il capitale sociale è pari a 12,5 milioni di euro e le riserve patrimoniali ammontano a 29,37 milioni di euro. L'indice di solvibilità di Pramerica è pari al 144% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla Normativa vigente.

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata del contratto è annuale e prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: il Contraente per disdire il contratto deve inviare comunicazione alla Società a mezzo lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede il rimborso delle spese documentate in caso di ricovero con o senza intervento, Day Hospital con o senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di infortunio o malattia e parto nonché le spese extraospedaliere a seguito di infortunio o malattia, come da Opzione Assicurativa prescelta.

Per i dettagli delle garanzie si rinvia all'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: nel contratto sono previste limitazioni, esclusioni e sospensioni alle garanzie assicurative che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Tali limitazioni, esclusioni e cause di sospensione sono dettagliate agli artt. 12, 17 e 18 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti, massimali in relazione ad alcuni eventi.

Per i dettagli delle garanzie si rinvia all'artt. 16, 17 e 18 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: relativamente alle malattie le prestazioni sono operanti trascorsi i termini di aspettativa previsti dall'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, da calcolarsi a partire dalla data di effetto della polizza.

5. Dichiarazione dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

Presupposto per la sottoscrizione del contratto è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato, ed è pertanto necessaria la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato stesso che deve essere fatta in maniera precisa e veritiera.

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato non è obbligato a comunicare alla Società variazioni della professione.

7. Premi

Il premio di polizza ha cadenza annuale con possibile frazionamento mensile, trimestrale, semestrale. In tal caso il premio annuo viene aumentato del 3,5% per rateizzazione mensile, del 2,5% per rateizzazione trimestrale e del 2% per rateizzazione semestrale.

Il Contraente deve corrispondere il premio annuo determinato che può avvenire mediante: assegno bancario non trasferibile o pos (bancomat, carta di credito).

Il premio può prevedere degli sconti per numero di teste assicurate:

- sconto del 5% in caso di 2 persone assicurate;
- sconto del 10% in caso di 3 persone assicurate;
- sconto del 20% in caso di 4 o più persone assicurate.

8. Adeguamento del premio

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

Ad ogni rinnovo annuale il premio può essere soggetto ad adeguamento.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: il Contraente può inviare disdetta mediante lettera raccomandata da inviare alla Società entro 60 giorni prima della scadenza annuale. Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Tuttavia, ai sensi del Codice delle Assicurazioni, le parti possono pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, fermo restando le norme imperative di diritto italiano, per la redazione del contratto.

12. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

La polizza è pertanto assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in merito alle garanzie dell'assicurazione rimborso spese mediche si precisa che:

- *la data del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve avvenire al più presto a mezzo lettera raccomandata;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

Il Contraente autorizza la Società ad accedere a tutta la documentazione medica necessaria e/o utile ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo.

14. Assistenza sanitaria diretta – Convenzioni

Avvertenza: è facoltà dell'Assicurato, previo accordo fra le parti, di accedere direttamente alle prestazioni sanitarie senza necessità di anticipare pagamenti, salvo franchigie e/o scoperti a suo carico.

L'Assicurato può accedere a tale servizio rivolgendosi alle strutture sanitarie convenzionate appartenenti al Network Sanitario di Previmedical S.p.A.

Sul sito internet www.previmedical.it è visibile l'elenco completo delle strutture convenzionate.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Pramerica Life S.p.A. Ufficio Gestione Reclami

Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano

Fax 02.72003580

Indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@pramerica.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Telefono 800 486661 – Fax 06.42133745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm)

16. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie sull'indennizzabilità del sinistro è possibile ricorrere ad un Collegio medico arbitrale.

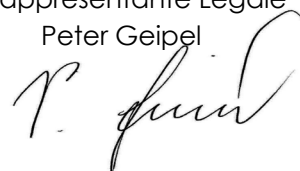
Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: le Parti in ogni caso hanno la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Pramerica Life è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

Peter Geipel



Pagina lasciata intenzionalmente bianca

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

A

Assistenza infermieristica: assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

C

Carenza/Termini di aspettativa: periodo di tempo durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

Cartella clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

Chirurgia bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

D

Day Hospital con/senza intervento: struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti (Day Hospital con intervento) o terapie mediche (Day Hospital senza intervento) con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetti fisici: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria e di spesa: la fotocopia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Società, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.

E

Evento:

Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

F

Franchigia: l'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

I

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o Studio Medico Chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

M

Malattia: ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

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

Massimale: la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per persona e per anno di copertura.

Medicina alternativa o complementare (MAC): talora definita anche "medicina non convenzionale" o "medicina olistica" si riferisce a un vasto insieme di pratiche sanitarie che non fanno parte della tradizione di un dato Paese e che non sono integrate nel sistema sanitario dominante.

N

Nucleo familiare: l'Assicurato che sottoscrive il certificato quale capo nucleo, il coniuge in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, conviventi e non dell'Assicurato Caponucleo e del/la convivente more uxorio.

O

Opzione Assicurativa: il documento che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate prescelte dall'Assicurato.

P

Patologia preesistente: alterazione dello stato di salute conosciuta e/o diagnosticata o insorta – secondo giudizio medico – prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Polizza: Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Previmedical S.p.A: la Società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto di Pramerica, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati.

Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Q

Questionario Sanitario: il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà e costituisce parte integrante della polizza.

R

Rette di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Rimborso: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

S

Società: Pramerica Life S.p.A.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Struttura Operativa: parte della struttura organizzativa Previmedical, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

Struttura organizzativa: Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione, centralizzato o meno, attraverso cui la Società fornisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza, previste nel contratto, su richiesta dell'Assicurato.

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario): rete convenzionata con Previmedical costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

T

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

V

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione

L'effetto dell'assicurazione è dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del premio trascorsi 90 giorni dalla scadenza verranno nuovamente applicati i termini di aspettativa di cui all'art. 13 a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo riguardanti gli stessi assicurati, le carenze operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed eccedenze di massimali eventualmente previste dal nuovo contratto.

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, con lettera raccomandata, il contratto è prorogato per un anno durata uguale a quella originaria e così successivamente.

Art. 3 - 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. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

Art. 4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

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

Tutte le modifiche o comunicazioni inerenti il contratto di assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto con lettera raccomandata da ambo le parti.

Art. 5 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 4 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni" e 6 "Persone non assicurabili", 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.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita. Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo.

Art. 7 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 8 - Assicurazione per conto altrui

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali derivanti dal contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

Art. 11 - Legge applicabile

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

Art. 12 - Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3

L'assicurazione non è operante per:

- 1) *le conseguenze, complicità dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate; qualora la copertura sia garantita "senza soluzione di continuità":*
 - *in caso di sottoscrizione CON QUESTIONARIO SANITARIO per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.*

Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipula della polizza;
- 2) *le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;*
- 3) *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;*
- 4) *le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;*
- 5) *le spese relative a prestazioni di, logopedia, trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);*
- 6) *le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;*
- 7) *le prestazioni non effettuate e fatturate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche;*
- 8) *i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;*
- 9) *le prestazioni determinate da sieropositività diagnosticata, da sindrome da immunodeficienza acquisita H.I.V. e sindromi ad esse correlate;*
- 10) *gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'u-*

- so di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;*
- 11) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - 12) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - 13) le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - 14) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - 15) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
 - 16) gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
 - 17) le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - 18) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
 - 19) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 - 20) trattamenti/interventi di chirurgia plastica ed estetica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo :
 - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
 - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;
 - 21) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
 - 22) l'interruzione volontaria della gravidanza;
 - 23) le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie da malattia salvo quanto previsto all'art. 17;
 - 24) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo malformazioni congenite e difetti fisici relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
 - 25) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 - 26) la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;
 - 27) i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
 - 28) protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
 - 29) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;
 - 30) lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
 - 31) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

Art. 13 - Termini di aspettativa/Carenze

Trovano applicazione i seguenti periodi di carenza per opzione 1, opzione 2 e opzione 3:

- Per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.
- Per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.
- Per il parto: dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.
- Per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto sempre che NON conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

- Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dagli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 14 – Persone assicurabili

L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone con età massima all'ingresso di 74 anni ed età massima a scadenza di 75 anni.

L'età dell'Assicurato sarà calcolata basandosi sull'età raggiunta all'inizio dell'anno di copertura (momento della sottoscrizione).

È prevista la compilazione di un Questionario Sanitario per ciascuna persona assicurata.

Per i minori provvederà un genitore.

Sono assicurabili le persone residenti in Italia e Città del Vaticano.

Art. 15 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE OPZIONE 1 - OPZIONE 2 - OPZIONE 3

Art. 16 - Oggetto dell' Assicurazione

La Società rimborsa, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta le spese indicate negli articoli seguenti, rese necessarie da malattia (compreso il parto e l'aborto terapeutico) e/o infortunio avvenuto in corso di contratto.

I massimali si intendono prestati per persona e per anno assicurativo, qualora non diversamente indicato nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta.

Art. 17 – Prestazioni ospedaliere (Ricoveri)

A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura

1. Ricovero con/senza intervento chirurgico:

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento chirurgico, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico;
- g. trapianto: sono coperte le 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.

2. Day Hospital con intervento chirurgico:

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese volontuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale.

3. Day Hospital senza intervento chirurgico:

- a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese volontuarie;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

4. Intervento chirurgico ambulatoriale:

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5. Parto cesareo e aborto terapeutico:

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti da 5a fino a 5f vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo.

6. Parto fisiologico:

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei giorni successivi al termine del ricovero e rese necessari dal parto.

Le spese di cui ai punti 6a fino a 6f vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

7. Intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma):

- a. onorari medico specialista, implantologia dentale, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;
- b. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- c. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei 30 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 7a fino a 7c vengono rimborsate nel limite massimo di 5.000 euro.

Per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di 750 euro per intervento.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in ortopantomografia (o TAC o radiografie) con i relativi referti.

8. Correzione difetti visivi:

Anisometropia superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.

- a. Intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui al punto 8a fino a 8e vengono rimborsate secondo il sub-massimale.

Non viene applicato nessun scoperto.

9. Interventi plafonati solo se effettuati in regime Fuori Network/Indiretta:	
Legatura e stripping di vene	€ 3,500
Rinosettoplastica	€ 3,500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad. es. chiodi, placche, viti)	€ 3,000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3,000
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4,000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5,500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4,000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5,000
Isteroscopia operativa	€ 5,000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5,000
Miomectomia	€ 7,500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8,500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7,500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10,000
Tiroidectomia	€ 10,000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8,000
Colecistectomia	€ 8,500
Ernia del disco	€ 12,000
Artrodesi vertebrale	€ 13,000
Interventi sulla prostata: - Adenoma prostatico - Adenocarcinoma prostatico	€ 12,000 € 18,000
Isterectomia	€ 18,000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25,000

In caso di intervento chirurgico "plafonato" effettuato fuori Network/Indiretta il rimborso sarà riconosciuto previa applicazione dello scoperto eventualmente previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta, fino al limite massimo indicato nella tabella suesposta.

Tutti gli interventi chirurgici con sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica.

In particolare:

- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria e effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel sublimite o plafond dell'intervento principale presente in polizza, ove previsti.
- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità **dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

Il limite di rimborso per ogni singolo intervento plafonato è riferito alle sole spese connesse al periodo di ricovero con intervento chirurgico (Istituto di Cura ed equipe medica).

Le spese relative alle prestazioni PRE e POST ricovero saranno rimborsate come da Opzione Assicurativa prescelta al netto di eventuali franchigie.

B. Indennità sostitutiva

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lett. A punti 1 fino a 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di scoperto, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi (questi ultimi solo se il Ricovero o Day Hospital è con intervento) effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

C. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1 fino a 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di cura, con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

D. Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 4, 7 e 8) e B.

E. Rimpatrio Salma

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F. Neonato

Nel caso in cui risultino assicurati entrambi i genitori, la Società assicura il rimborso delle spese sanitarie del neonato:

- a) sostenute durante il ricovero, rese necessarie da malattia o infortunio, del neonato.
La garanzia è prestata esclusivamente come indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta dalla madre e operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorsi 360 giorni dalla data di effetto della polizza.
- b) relative a ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di malformazioni congenite entro i submassimali indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta ed a parziale deroga dell'art.

12 punto 24 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" fermi gli scoperti relativi alla garanzia Ricovero con/senza intervento, purchè in corso di validità di copertura.

G. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Art. 18 - Prestazioni extraospedaliere

H. Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le prestazioni di "Alta Specializzazione" di cui al seguente elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia.

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con i scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

1. **onorari medici per visite specialistiche**, prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In caso di infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali;
2. **accertamenti diagnostici ed analisi**, prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio); in caso di infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.
3. **trattamenti fisioterapici e riabilitativi**, resi necessari da malattia, prescritti da medico specialista ed effettuati e fatturati da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per anno e per Assicurato;
4. **medicinali**, fermo il submassimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, con esclusione dei prodotti omeopatici. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico e inerenti al sinistro denunciato.
A tale scopo l'Assicurato dovrà inviare:
 - a. la prescrizione medica con l'indicazione del nominativo del paziente, il nome del medicinale prescritto e la relativa patologia accertata;
 - b. lo scontrino fiscale parlante valido ai fini fiscali con l'indicazione del singolo prodotto acquistato ed il relativo costo;
5. **assistenza infermieristica domiciliare**, vengono rimborsate le spese sostenute dall' Assicurato, entro il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per assistenza infermieristica professionale a domicilio prescritta dal medico curante.

J. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione rese necessarie da infortunio. I trattamenti devono essere effettuati e fatturati da medico specialista, Istituto di Cura o Centro Medico a seguito di infortunio oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.

K. Cure odontoiatriche da infortunio

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per cure odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche, rese necessarie da infortunio. Lo stesso deve essere oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, ortopantomografia o rx endorale o fotografia e corredato da fattura dettagliata con i singoli costi delle prestazioni eseguite. Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'infortunio medesimo. I rimborsi per cure odontoiatriche a seguito di infortunio non sono cumulabili con le cure odontoiatriche a seguito di malattia.

L. Lenti / occhiali

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche).

Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione lenti o di successiva modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e la prescrizione delle lenti con l'indicazione del deficit visivo attuale e quello precedente.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

M. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Inoltre vengono rimborsate, senza applicazione di uno scoperto, i TICKET per prestazioni ambulatoriali effettuate in Pronto Soccorso, rese necessarie da infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Garanzie, condizioni, massimali e limiti di intervento

(vedi tabella pagina successiva)

GARANZIE, CONDIZIONI, MASSIMALI E LIMITI DI INTERVENTO

	Opzione 1	Opzione 2	Opzione 3
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (Art. 17)	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
A. Ricovero con/senza intervento			
Day Hospital con/senza intervento			
Intervento Chirurgico Ambulatoriale			
Massimale	€ 260.000	€ 300.000	€ 500.000
assistenza diretta in network convenzionato	franchigia € 1.500	100%	100%
assistenza indiretta	scoperto 35%, min. € 2.000	scoperto 20%	scoperto 20%
Spese PRE/POST	60/60	90/90	120/120
Submassimali			
Aborto terapeutico/Parto Cesareo	€ 4.000	€ 5.000	€ 6.000
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 3.000	€ 5.000
Chirurgia refrattiva			€ 1.500 per occhio
Interventi specifici con plafond (solo fuori rete)	da elenco	da elenco	no sottolimito
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 150 al giorno	€ 200 al giorno	no sottolimito
Donatore	SI	SI	SI
B. Indennità Sostitutiva			
Massimale	€ 50 giorno - max. 200 giorni	€ 100 giorno - max. 300 giorni	€ 200 giorno - max. 300 giorni
Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital
Spese PRE/POST relative ad Indennità Sostitutiva	60/60	90/90	120/120
C. Accompagnatore	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 100 giorno - max. 30 giorni per ricovero
D. Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 1.500	€ 3.000
E. Rimpatrio della salma	€ 1.000	€ 2.000	€ 4.000
F. Neonato			
Ricovero con/senza intervento		primi 4 mesi di vita	primi 6 mesi di vita
Submassimale per Eliminazione/correzione malformazioni congenite	€ 20.000 per evento	€ 30.000 per evento	€ 50.000 per evento
G. Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (Art. 18)	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
H. Alta Diagnostica			
Massimale		€ 5.000	€ 7.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali			
Massimale		€ 1.500	€ 3.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi			
- Tratt. fisioterapici e riabilitativi da malattia		1 ciclo (10 sedute)	1 ciclo (10 sedute)
- Medicinali (esclusi omeopatici)		submassimale: € 200 (franchigia € 20)	submassimale: € 400 (franchigia € 20)
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600
J. Tratt. fisioterapici e riabilitativi da infortunio			
Massimale	€ 500	€ 500	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
K. Cure odontoiatriche da infortunio			
Massimale	€ 1.000	€ 1.000	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
L. Lenti/occhiali			
Massimale			€ 300
Condizioni			franchigia € 75
M. Ticket sulle prestazioni coperte			
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta

Art. 19 - Attivazione della copertura e gestione sinistri

Art. 19.1 Garanzia Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale ed extra-ricovero:

Per le spese sostenute durante il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero, l'Assicurato potrà:

- a) avvalersi di Istituti di cura e medici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (assistenza diretta);
- b) avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza indiretta);
- c) avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati (forma indiretta), richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza indiretta);
- d) utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura e di medici convenzionati, attivandosi preventivamente con la Centrale Operativa, la Società paga direttamente all'Istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta. Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Centrale Operativa di Previmedical.

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

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

3. Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute dall'Assicurato (ticket), purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

5. Spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento ambulatoriale è prevista la forma diretta qualora l'assicurato ne faccia richiesta alla Struttura Operativa come indicato all'art. 19.3.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 19.2- Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto a Previmedical che gestisce per conto della Società i sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo 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.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

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 di ogni documentazione sanitaria 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.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

Art. 19.3 - Modalità operative nel caso in cui si avvalga di istituti di cura convenzionati

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'Assicurato deve sempre telefonare alla Centrale Operativa di Previmedical ai seguenti numeri telefonici dedicati:

800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)

199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)

+39 04221744 215 per chiamate dall'estero

o con e-mail all'indirizzo di posta elettronica dedicato: assistenza.pramerica@previmedical.it

Informazioni che l'Assicurato deve inviare a Previmedical per l'attivazione dell'assistenza diretta che possono essere integrate dall'operatore della Centrale Operativa secondo la prestazione richiesta.

In caso di Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- per i ricoveri o Day Hospital:
 - se con intervento, dovrà essere indicato l'intervento chirurgico;
 - se senza intervento, il certificato dovrà contenere l'iter diagnostico e terapeutico;
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione il certificato medico dovrà contenere anche il tipo della lesione, la sede e le dimensioni;

- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Hospital, Ricovero, Int. Ambulatoriale etc.);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

In caso di prestazioni extraospedaliere l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- la prestazione richiesta. I trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata certificata;
- per le cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali, ove necessari);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

L'Assicurato dovrà inviare quanto richiesto come da indicazioni dell'Operatore della Struttura Operiva.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Previmedical, in mancanza del quale il servizio non è operante.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati:

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per richiedere autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

La Centrale Operativa di Previmedical informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione", esclusivamente **se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza.**

In alternativa, qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, Previmedical potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Art. 19.4 - Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche

1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati (assistenza diretta)

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.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere

all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

2/3. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati e Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati (assistenza indiretta)

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto **dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale:**

- a) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- b) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere (la specializzazione del medico deve essere congrua con la patologia certificata);
- c) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- d) esiti di esami clinico strumentali qualora vengono richieste dalla Società per la valutazione del sinistro;
- e) per le cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali, ove necessari);
- f) i trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata certificata.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato, beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato/Caponucleo.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico specialista, infermiere, fisioterapista), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che lo documenti.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere" Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le 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.**

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta)

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 2/3. del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva, egli **dovrà far pervenire direttamente alla Società la copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto, 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 sostenuti all'estero.

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

Il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 2/3 se in regime indiretto, secondo quanto previsto al precedente punto 1, se in regime diretto.

Art. 19.5 – Denuncia sinistri per le richieste di rimborso (assistenza indiretta)

Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta come indicato ai punti 2/3 e 4 dell'art. 19.4, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- le copie delle notule di spesa;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata;
- ogni altra documentazione, come da prestazione (art. 19.4, punto 2/3 e 4) e garanzia specifica.

Nelle modalità indicate di seguito:

- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Ufficio Liquidazioni Pramerica

c/o Previmedical S.p.A.

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

- on-line allegando la documentazione indicata al paragrafo precedente attraverso l'area riservata utilizzando le proprie credenziali di accesso collegandosi al sito web <http://www.pramericagroup.it> e seguendo la procedura che le è stata consegnata alla stipula della polizza. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Art. 19.6- Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli Istituti di cura 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.

Art. 20 – 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.



Pramerica

www.pramericagroup.it
Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale
Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano
Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.
Partita IVA 10478370157
Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.
Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico
Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.