

Contratto di assicurazione Rimborso Spese Mediche

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. Convenzione Assiteca – Ed. 31/12/2016
sono parte integrante della Nota Informativa
MOD. Convenzione Assiteca – Ed. 31/05/2017**



DEFINIZIONI

Nel testo si intendono per:

Aborto terapeutico	Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.
Aborto spontaneo	Interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete, ipertensione.
Assistenza infermieristica	Assistenza prestata dal personale in possesso di specifico diploma.
Assicurato / Assistito	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
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 prossima e 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 al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.
Chirurgia Barietrica	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 la polizza.
Day Hospital	Degenza in Istituto o casa di cura autorizzati a erogare prestazioni sanitarie in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica. Sono esclusi i ricoveri effettuati per visite diagnostiche o di controllo o per motivi terapeutici tranne che questi non siano inerenti a un ricovero o a un intervento indennizzabile a termini di polizza. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Day Surgery	La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura e comportante intervento chirurgico terapeutico.
Difetti Fisici	La mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Franchigia	Parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato.
Indennità sostitutiva del rimborso	Importo forfettario giornaliero che la Centrale Operativa eroga nel caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intramoenia	Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendenti 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).
Insorgenza	Inizio, ancorché asintomatico, della malattia.
Intermediario Assicurativo	La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.
Intervento chirurgico	Tecnica terapeutica cruenta applicata su tessuti viventi mediante l'uso di strumenti operatori.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento chirurgico effettuato nello studio professionale idoneo per legge e regolarmente autorizzato all'esercizio della professione medica individuale.
Istituto di cura	Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza	Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
Malattia	Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito); sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase Metastatica e le recidive; sono esclusi basaliomi e spinaliomi.

Manifestazione:	Sintomatologia oggettiva della malattia.
Malformazione	Ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.
Massimale/Somme assicurate	La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, la Società presta la garanzia.
Medicina Alternativa o Complementare	Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.
Network	Rete convenzionata di Blue Assistance S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.cattolicaassicurazioni.it e nell'area riservata sul sito internet www.blueassistance.it
Nucleo familiare	Costituiscono nucleo familiare del dipendente purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza: • Il coniuge o il convivente more uxorio; • I figli, fiscalmente a carico, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio. Si intendono compresi i figli naturali legalmente riconosciuti; i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati purché fiscalmente a carico anche se non presenti nello stesso stato di famiglia.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta alla Società.
Prestazioni miste	Prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network ma da professionisti non convenzionati.
Protesi ortopediche	Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).
Questionario anamnestico	Il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della polizza, nei casi in cui ne è richiesta la compilazione.
Ricovero	Degenza ininterrotta, comportante pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato.
Ricovero improprio	La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostiche che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio	La probabilità che si verifichi l'evento dannoso.
Scoperto	Quota parte delle spese sostenute indennizzabili, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	L'impresa di assicurazione.
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale.
Termini di aspettativa	Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, 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.
Società di assistenza	Blue Assistance, l'impresa di gestione con la quale la Società ha stipulato un accordo di assistenza per l'utilizzo di reti convenzionate e/o gestione del Sinistro.
Visita Specialistica	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.

SOMMARIO

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Art. 1 – Persone assicurate
- Art. 2 – Massimali – Somme assicurate
- Art. 3 – Scoperti, Franchigie, Minimi, Massimi
- Art. 4 – Oggetto dell' Assicurazione

GARANZIE BASE

- Art. 4.1 – Ricoveri e interventi chirurgici
- Art. 4.2 – Trasporto sanitario
- Art. 4.3 – Day Hospital
- Art. 4.4 – Intervento chirurgico ambulatoriale
- Art. 4.5 – Parto cesareo
- Art. 4.6 – Parto non cesareo e aborto
- Art. 4.7 – Neonati
- Art. 4.8 – Trapianti
- Art. 4.9 – Correzione chirurgica / laser dei difetti del visus
- Art. 4.10 – Indennità sostitutiva
- Art. 4.11 – Modalità di erogazione delle prestazioni
- Art. 4.12 – Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza

GARANZIE ACCESSORIE

- Art. 5 – Specialistiche extra ospedaliere
- Art. 6 – Cure domiciliari e ambulatoriali
- Art. 7 – Protesi
- Art. 8 – Cure dentarie
- Art. 9 – Lenti e occhiali
- Art. 10 – Cure oncologiche
- Art. 11 – Ticket Servizio Sanitario Nazionale

Art. 12 – IL SINISTRO

- Art. 12.1 – Gestione del sinistro
- Art. 12.2 – Modalità di liquidazione e pagamento dell'indennizzo
- Art. 12.3 – Assistenza Sanitaria Diretta
- Art. 12.4 – Assistenza Sanitaria Indiretta
- Art. 12.5 – Doveri dell'Assicurato
- Art. 12.6 – Controversie

Art.	13	–	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE
Art.	13.1	–	Limiti di età
Art.	13.2	–	Esclusioni
Art.	13.3	–	Persone non assicurabili
Art.	13.4	–	Estensione Territoriale
Art.	13.5	–	Durata del contratto
Art.	13.6	–	Durata dell'assicurazione - Pagamento del premio ed effetto della garanzia
Art.	13.7	–	Scadenza dell'assicurazione - Proroga dell'assicurazione
Art.	13.8	–	Decorrenza della Garanzia
Art.	13.9	–	Nominativi assicurati
Art.	13.10	–	Calcolo del premio
Art.	13.11	–	Forme di assicurazione
Art.	13.12	–	Precisazioni
Art.	13.13	–	Regolazione del premio
Art.	13.14	–	Trattamento dei dati personali
Art.	13.15	–	Trattamento dei dati sensibili
Art.	13.16	–	Obbligo di consegna dell'informativa agli assicurandi e raccolta del relativo consenso
Art.	13.17	–	Validità delle comunicazioni
Art.	13.18	–	Altre assicurazioni / coperture
Art.	13.19	–	Forma delle comunicazioni della Contraente alla Società
Art.	13.20	–	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.	13.21	–	Modifiche delle condizioni di assicurazione
Art.	13.22	–	Obblighi di comunicazione a carico del Contraente
Art.	13.23	–	Assicurazione per conto altrui – titolarità dei diritti nascenti dalla polizza
Art.	13.24	–	Oneri fiscali
Art.	13.25	–	Rinvio alle norme di Legge
Art.	13.26	–	Rinuncia all'azione di rivalsa
Art.	13.27	–	Foro competente
Art.	13.28	–	Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
Art.	13.29	–	Clausola Broker

ALLEGATI

- 1 – Scheda riassuntiva della formula

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 1 - PERSONE ASSICURATE

Il contratto è stipulato a favore dei Soci / Amministratori / dirigenti / quadri / impiegati, operai della Società Contraente o Associata (qualora la Contraente sia una Cassa o un Fondo).

Hanno quindi diritto alle garanzie prestate dalla presente assicurazione, per il periodo di validità del contratto, tutti gli Assicurati, come definiti al precedente comma, sempreché inclusi nella presente polizza.

Art. 2 - MASSIMALI – SOMME ASSICURATE

Il massimale e le somme assicurate relativi alle garanzie e alle prestazioni, sono indicati nell'Allegato 1, in base alla Formula prescelta.

I massimali e le somme assicurate sono prestate per persona / per nucleo e per anno assicurativo e rappresentano il limite massimo di rimborso per persona / per nucleo per uno o più sinistri verificatesi nello stesso anno assicurativo.

Art. 3 – SCOPERTI, FRANCHIGIE, MINIMI, MASSIMI

Il rimborso delle spese relative alle prestazioni assicurate verrà effettuato applicando gli eventuali scoperti e franchigie riportati nell'Allegato 1, in base alla Formula prescelta.

Gli scoperti o le franchigie, devono intendersi per sinistro, salvo diversa specificazione.

Art. 4 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione, nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali/somme assicurate sopra indicati, opera per le garanzie di seguito riportate:

GARANZIE BASE

Art. 4.1 – RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

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

- a) Pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici e visite mediche **effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**
- b) Intervento Chirurgico: Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato/i.
- c) Assistenza medica, medicinali, cure: Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali anche omeopatici, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Sono compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento.
- d) Rette di degenza: **Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**
- e) Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.
Nel solo caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, la garanzia è prestata fino al limite previsto in polizza riportato nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1).
- f) Post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali anche omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)** e l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici o sanitari (incluse carrozzelle ortopediche) **effettuati nel 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Per i medicinali, L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata, Codice Fiscale corrispondente e con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.**

Art. 4.2 – TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione in Italia, e in aereo di linea o in treno all'estero, nei limiti previsti in polizza riportati nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1).

Art. 4.3 – DAY HOSPITAL – DAY SURGERY

Nel caso di Day Surgery, la Società **provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" e 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.** Nel caso di ricovero in day hospital, la Società **provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettere a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure" e f) "Post-ricovero" e all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.**

Art. 4.4 – INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, la Società **provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettere a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure" e f) "Post-ricovero" e all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.**

Art. 4.5 – PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo, non programmato, effettuato in struttura sanitaria convenzionata questa **provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.**

In caso di parto cesareo effettuato in Istituto di cura non convenzionato, vengono rimborsate le spese per le prestazioni di cui all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.

Art. 4.6 – PARTO NON CESAREO E ABORTO

In caso di parto non cesareo o aborto, **effettuato in struttura sanitaria convenzionata**, questa **provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore"; relativamente alle prestazioni "Post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici", lettera f) "Post-ricovero". E' inoltre compresa la garanzia prevista all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.**

In caso di parto non cesareo o aborto, **effettuato in struttura sanitaria non convenzionata**, vengono rimborsate le spese per le prestazioni previste all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore"; relativamente alle prestazioni "Post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici", lettera f) "Post-ricovero". E' inoltre compresa la garanzia prevista all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1.

La garanzia è prestata fino al limite previsto in polizza riportato nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1), sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate, ferma restando la limitazione prevista nella garanzia "Trasporto sanitario".

Art. 4.7 – NEONATI

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, **sempreché vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Società.** In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

Art. 4.8 – TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di esso conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" e all'art. 4.2 "Trasporto sanitario" con i limiti indicati nell'Allegato 1, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

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

Art. 4.9 – CORREZIONE CHIRURGICA / LASER DEI DIFETTI DEL VISUS

La Società rimborsa le spese per gli interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri limitatamente a quelli effettuati in caso di deficit visivo superiore a 4 diottrie per ciascun occhio. Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista indicante la patologia e lo specchietto oculistico attestante il visus. La garanzia è prestata sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate, fino al limite previsto in polizza riportato nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1), per anno assicurativo.

Art. 4.10 – INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza al domicilio in dipendenza di tali eventi, avrà diritto a un'indennità fino al limite previsto in polizza riportato nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1); tale indennità è prevista anche in caso di Day Hospital con differente indennità, così come riportato nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1).

Si precisa che in caso di pernottamento in pronto soccorso la diaria suddetta è esclusa.

Art. 4.11 – MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni erogate in forma diretta

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Blue Assistance alle strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Blue Assistance, con i limiti indicati nell'Allegato 1.

b) Prestazioni erogate in forma rimborsuale

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate all'Assicurato con i limiti indicati nell'Allegato 1.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 4.10 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato con i limiti indicati nell'Allegato 1.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria (intramoenia) con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsare secondo quanto indicato alle lettere a) "Prestazioni erogate in forma diretta" o b) Prestazioni erogate in forma rimborsuale".

d) Assegno Exitus

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato successivamente a ricovero conseguente a eventi assicurati, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite previsto in polizza riportato nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1), per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Art. 4.12 – PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa fino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura, comprese le spese di Post-ricovero.

GARANZIE ACCESSORIE - FUORI RICOVERO -

(valide solo se espressamente richiamate nella scheda di polizza)

Art. 5 – SPECIALISTICHE EXTRA OSPEDALIERE

La Società provvede, in caso di malattia o infortunio, al pagamento delle spese per le **seguenti prestazioni extra ricovero**.

Alta diagnostica radiologica:

- | | |
|---|--|
| - Angiografia | - Artografia |
| - Broncografia | - Cisternografia |
| - Clisma opaco | - Colangiografia |
| - Colangiografia percutanea | - Colecistografia |
| - Defecografia | - Discografia |
| - Fistelografia | - Flobografia |
| - Fluorangiografia | - Galattografia |
| - Isterosalpingografia | - Linfografia |
| - Mammografia | - Mielografia |
| - Pneumoencefalografia | - Retinografia |
| - Rx esofago, Rx tubo digerente | - Scialografia |
| - Splenoportografia | - Tomografia torace, Tomografica in genere |
| - Tomografia loggierenali, Tomoxerografia | - Urografia |
| - Vesciculodeferentografia | |

Alta specializzazione:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| - Dialisi | - Elettromiografia |
| - Laserterapia a scopo fisioterapico | - Risonanza magnetica nucleare |
| - Scintigrafia | - Tomografia assiale computerizzata |

La garanzia è prestata per nucleo familiare e per anno assicurativo fino al limite indicato nell'Allegato 1.

Art. 6 – CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate:

- onorari medici **(ad eccezione di spese dentarie in genere);**
- accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o dalla specialista;
- cure mediche e trattamenti termali rieducativi o riabilitativi **(escluse le spese di natura alberghiera);**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi o riabilitativi **eseguiti da medico o presso Centro Medico;**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi o riabilitativi **eseguiti e fatturati da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, la garanzia è prestata per nucleo / anno assicurativo, nei limiti previsti nell'Allegato 1;**
- agopuntura / elettroagopuntura **(purché praticata da medici iscritti all'albo);**
- assistenza infermieristica domiciliare **prescritta dal medico curante o dallo specialista, nei limiti previsti nell'Allegato 1, per nucleo / anno assicurativo.**

Rientrano in garanzia le visite pediatriche effettuate per specifiche patologie del bambino, mentre restano escluse quelle effettuate per controlli periodici della crescita.

Rientrano in garanzia le visite ginecologiche effettuate durante il periodo di gravidanza per specifiche patologie, mentre restano escluse quelle effettuate per i controlli periodici.

Nell'ambito del massimale della garanzia sopra indicata è previsto il rimborso dei medicinali (compresi gli omeopatici) **prescritti dal medico curante o dallo specialista, nei limiti previsti nell'Allegato 1, per nucleo / anno assicurativo.** L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata Codice Fiscale corrispondente e con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Tale garanzia viene prestata nei limiti previsti nell'Allegato 1, per nucleo / anno assicurativo.

Art. 7 – PROTESI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate:

- spese sostenute per l'acquisto, il noleggio e la riparazione di protesi ortopediche, oculari e apparecchi acustici.

Tale garanzia viene prestata nei limiti previsti nell'Allegato 1, per nucleo / anno assicurativo.

Art. 8 – CURE DENTARIE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 13.2 "Esclusioni" dodicesimo alinea, la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per:

- cure odontoiatriche;
- cure ortodontiche;
- protesi ortodontiche;
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

Tale garanzia viene prestata nei limiti previsti in polizza riportati nelle schede riassuntive (Allegato 1), per nucleo / anno assicurativo.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione della franchigia prevista nella scheda riassuntiva della formula (Allegato 1), sull'importo totale di ogni fattura.

Art. 9 – LENTI E OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato, le spese sostenute per le lenti correttive di occhiali o a contatto e montature, sia in centri convenzionati sia in centri non convenzionati **nei limiti nell'Allegato 1, per nucleo / anno assicurativo.** La garanzia è prestata nel caso di modifica del visus o di prima prescrizione, purché effettuata da un medico oculista o da un ottico optometrista.

Si precisa inoltre che è necessario presentare alla società il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D.Lgs. del 24.02.97 n. 46.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione della franchigia prevista nell'Allegato 1, per ogni sinistro.

Si intendono comunque escluse le lenti a contatto "usa e getta".

Art. 10 - CURE ONCOLOGICHE

In caso di malattia oncologica la Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, terapie (ivi comprese la chemioterapia e la cobaltoterapia) e medicinali prescritti dal medico **con i limiti indicati nell'Allegato 1.**

Art. 11– TICKET SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Si conviene che nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente il costo dei ticket eventualmente pagati a fronte delle garanzie previste nell'Allegato 1.

Art. 12 IL SINISTRO

Art. 12.1 – GESTIONE DEL SINISTRO

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società entro 5 giorni dal sinistro o non appena ne hanno possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, qualora il ritardo sia causa di comprovato pregiudizio per l'assicuratore.

Qualora l'Assicurato riceva il rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese, dal tedesco dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuale oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 12.2 –MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Le prestazioni sono garantite attraverso due regimi:

- a) **assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assicurati la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Blue Assistance S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma **fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico.**
- b) **assistenza sanitaria indiretta (rimborsuale):** è riconosciuto agli Assicurati il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del Network Sanitario reso disponibile (**fatta salva l'ipotesi di accesso al Network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa**), nei limiti prestabiliti nell'Allegato 1.

Art. 12.3 – ASSISTENZA SANITARIA DIRETTA

Il pagamento diretto avviene a condizione che l'Assicurato si avvalga di professionisti e di Strutture Sanitarie facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Centrale Operativa, secondo le modalità di seguito riportate.

Si precisa che il Network è formato da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici Specialisti.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito www.cattolicaassicurazioni.it e nell'area riservata all'indirizzo web www.blueassistance.it accessibile attraverso le credenziali di accesso che verranno fornite.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità circa il buon esito delle prestazioni e/o delle loro esecuzioni fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi convenzionati.

Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture ed ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

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

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente alla presa in carico per la quale l'Assicurato abbia usufruito del servizio in regime di convenzione, la non operatività delle garanzie di polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che avrebbero determinato l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare alla Società le somme che questa, per il tramite di Blue Assistance, abbia corrisposto ad istituti di cura, centri diagnostici, o medici convenzionati o altro.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate mediante lettera raccomandata all'Assicurato, il quale sarà tenuto a restituire, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della stessa, le somme indebitamente liquidate dalla Società tramite Blue Assistance. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto spettante.

A) Scelta della struttura sanitaria e della équipe medico / chirurgica

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate con Blue Assistance, oppure contattando la Centrale Operativa.

L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta o mista.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assicurato dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

**800 506.506 (numero verde)
+39 011 – 742.56.87 (per chiamate dall'estero)**

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assicurati:

1) per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurgici convenzionati, garantendo anche, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei, nei seguenti giorni e nei seguenti orari:

**dalle ore 08:00 alle ore 18:00 dei giorni feriali
e dalle ore 08:00 alle ore 12:00 del sabato**

2) per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza

24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

Qualora l'Assicurato fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Blue Assistance ma l'équipe medica non lo fosse (c.s. Prestazioni Miste), Blue Assistance provvederà a prendere in carico in Forma Diretta le sole spese relative alla Struttura Sanitaria. Blue Assistance rimborserà le spese relative all'équipe non convenzionata secondo i limiti previsti dall'Allegato 1. Per le modalità di invio a rimborso l'Assicurato dovrà fare riferimento a quanto indicato al presente articolo 12. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dall'Allegato 1.

L'Assistenza Diretta è disponibile anche per alcune prestazioni extraospedaliere per le quali è sempre necessario verificare in anticipo contattando la Struttura Operativa la possibilità di eseguirle in regime Diretto.

Per accedere al servizio di Assistenza Diretta, l'Assicurato deve seguire la procedura di "attivazione Diretta" illustrata di seguito (lettera B e C).

B) Attivazione Diretta

Richiesta di prestazione in forma diretta

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi l'Assicurato deve sempre contattare Blue Assistance attraverso i recapiti indicati alla lettera A.

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 Blue Assistance contattando telefonicamente la Centrale Operativa, in mancanza del quale le prestazioni, se liquidabili a termini di polizza in base all'Allegato 1, verranno riscalate in forma non convenzionata.

Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assicurato e rimborso al medesimo, se previsto dall'Allegato 1, nei termini e limiti da questo previsti e previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Blue Assistance provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso.

INFORMAZIONI INDISPENSABILI CHE L'ASSICURATO DOVRÀ FORNIRE ALL'OPERATORE DELLA CENTRALE OPERATIVA PER L'ATTIVAZIONE DELLA DIRETTA.

In caso di Ricovero con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- **recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;**
- l'intervento chirurgico che dovrà essere eseguito;
- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Surgery, Ricovero, Int. Ambulatoriale etc.);
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione (exeresi) il certificato medico dovrà contenere anche il tipo della lesione, la sede e le dimensioni;
- **certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;**
- **il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.**

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e nei limiti previsti dall'Allegato 1 all'Assicurato solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativo della richiesta avanzata.

In caso di Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- **recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;**
- la diagnosi, sospetta o accertata;
- l'iter diagnostico e terapeutico;
- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Hospital, Ricovero, Int. Ambulatoriale etc.);

In ogni caso l'Assicurato dovrà farsi rilasciare dal proprio medico un certificato con l'indicazione dei dati sopra indicati il cui inoltro potrà essere richiesto da Blue Assistance.

Potrà inoltre essere richiesta altra documentazione medica e/o esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

Si precisa che per i Ricoveri o Day Hospital senza intervento, non resi necessari da malattia è infortunio, durante i quali vengono eseguiti esclusivamente accertamenti, terapie fisiche, prestazioni mediche che in riferimento al quadro clinico o alla loro natura possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extra ospedaliere o, se previsti nell'Opzione Assicurativa prescelta. I trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante i Ricoveri o Day Hospital senza intervento chirurgico, non sono rimborsabili ai sensi di polizza.

Valutato il caso, Blue Assistance ne darà notizia all'Assicurato e, in caso di esito positivo, provvederà a trasmettere alla Struttura Sanitaria la documentazione attestante la presa in carico.

In caso di prestazione extraospedaliere l'Assicurato dovrà comunicare telefonicamente all'operatore di Blue Assistance:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- la/e prestazione/i da eseguire e la patologia, sospetta o accertata.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e nei limiti previsti dall'Allegato 1 all'Assicurato solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativo della richiesta avanzata.

L'Assicurato dovrà avere cura di farsi rilasciare la prescrizione dal proprio medico. Si precisa che in caso di trattamenti fisioterapici e rieducativi, la prescrizione medica dovrà essere rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata e certificata

Blue Assistance potrebbe richiedere l'inoltro della copia di tale documentazione e, in ogni caso, la Struttura Sanitaria ritirerà la prescrizione medica con il dettaglio delle prestazioni da eseguire e la relativa patologia il giorno della prestazione e sarà la Struttura Sanitaria stessa ad inoltrarla a Blue Assistance.

Qualora la prestazione medica sia resa necessaria a seguito di infortunio, indipendentemente dalla garanzia di riferimento e oltre alla documentazione suindicata eventualmente richiesta, l'Assicurato dovrà documentare oggettivamente l'infortunio fornendo il referto di Pronto Soccorso e ogni altra documentazione medica o referti clinici strumentali utili alla valutazione della pratica che sarà richiesta dalla Società o dalla Struttura Operativa.

La Struttura Operativa inoltrerà all'Assicurato e alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta, per le prestazioni ed 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, la Struttura Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 3 giorni, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da infortunio.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata.

Contestualmente l'Assicurato dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

C) Accettazione presso la struttura sanitaria

Al momento dell'accettazione presso la Struttura Sanitaria, l'Assicurato dovrà firmare per approvazione il "Modulo di presa in carico" nel quale saranno indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimarranno a termini di polizza a carico dell'Assicurato stesso e che dovrà saldare direttamente, seguendo le modalità che concorderà autonomamente con la Struttura Sanitaria.

Art. 12.4 – ASSISTENZA SANITARIA INDIRETTA

Vengono indennizzate, a cura ultimata, le spese sostenute dall'Assicurato e rientranti nelle garanzie a termini di polizza.

Il modulo di Richiesta Rimborso Spese Mediche per l'assistenza Indiretta potrà essere scaricato dall'area riservata del seguente indirizzo web www.blueassistance.it, accessibile attraverso le credenziali fornite.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**Blue Assistance S.p.A.
Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino**

Qualora l'Assicurato non si sia avvalso dei Servizi Convenzionati con il Network e non abbia concordato preventivamente con il Network l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" (art. 12.3 Assistenza Sanitaria Diretta), l'Assicurato, fermo quanto previsto all' Art. 12.1 "Gestione del sinistro" entro 3 mesi dalla data di scadenza della polizza deve inviare tutte le spese sanitarie non ancora presentate per il rimborso.

Per le prestazioni a seguito di infortunio dovrà essere allegata la certificazione di Pronto Soccorso e ogni altra documentazione che documenti oggettivamente l'infortunio.

Le lesioni dell'infortunio oggettivamente documentate dovranno essere congrue con le prestazioni mediche, diagnostiche e chirurgiche eseguite e fatturate.

Tutte le prestazioni eseguite in regime di Ricovero, Day Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale o extraospedaliero, a seguito di infortunio avvenuto precedentemente la data della presente copertura sono escluse dalla presente polizza sia in forma Diretta che Indiretta.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di Legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature o correzioni.

Tutta la documentazione dovrà essere quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. 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.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione predetta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

I) MODALITÀ PER L'APERTURA DELLA PRATICA PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO (INDIRETTA).

La pratica deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- le notule di spesa;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata; e
- ogni altra documentazione, come da prestazione e garanzia specifica.

Nelle modalità indicate di seguito:

- in forma cartacea unitamente al modulo di Richiesta Rimborso Spese Mediche debitamente compilato e firmato;
- Informaticamente utilizzando la propria area riservata web registrando le singole fatture nel sistema di apertura pratica, seguendo i diversi step fino all'upload (caricamento) della documentazione necessaria.

II) DOCUMENTAZIONE PRINCIPALE PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO (INDIRETTA)

a) In caso di **Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico:**

se in forma privata:

- la copia della cartella clinica e scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) completa richiesta all'Istituto di Cura;
- tutte le notule di spesa delle prestazioni effettuate nel durante ricovero (Ist. di Cura e medici);
- per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere inviate oltre alle fatture/ticket anche tutte le prescrizioni mediche.
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

se in forma pubblica:

- la copia della cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) richiesta all'Istituto di Cura;
- per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere inviate oltre alle fatture/ticket anche tutte le prescrizioni mediche.
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.
- L'indennità giornaliera è riconosciuta all'Assicurato per ogni notte di ricovero.
- In caso di Day Hospital, anche se con accessi multipli, o la permanenza in Pronto Soccorso, non dà diritto all'indennità giornaliera.

b) In caso di **Intervento chirurgico ambulatoriale, sia in forma pubblica che privata**, l'Assicurato deve inviare:

- una relazione medica dettagliata dell'intervento. In caso di intervento chirurgico di asportazione (exeresi) la relazione medica dell'intervento dovrà contenere il tipo della lesione, la sede, le dimensioni e la natura patologia della stessa;
- referto istologico, se eseguito;
- prescrizioni mediche;
- fatture o ticket riferiti all'intervento chirurgico ambulatoriale;
- per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere inviate oltre alle fatture/ticket anche tutte le prescrizioni mediche.
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

c) Garanzie **Extraospedaliere**

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia.

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. Nel caso della fattura emessa da studio medico o medico specialista, la fattura dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi e/o sospetta patologia.

Si rammenta che la Società, qualora ritenesse necessario al fine della valutazione del rimborso, ricevere ulteriore documentazione medica o referti clinici strumentali, ne farà espressa richiesta all'Assicurato. Più in dettaglio, per alcune garanzie, oltre alla prescrizione medica con patologia sospetta o accertata, è necessario l'inoltro di ulteriore documentazione come di seguito indicato.

Lenti e occhiali

Certificato del medico oculista, dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, (se previsto dall'Allegato 1), intendendosi escluse le lenti "usa e getta".

Nel caso di acquisto prime lenti, la dicitura "prime lenti" dovrà essere specificata sul certificato di deficit visivo. Qualora non fosse l'acquisto di prime lenti, ma la modifica di un deficit visivo precedente, l'Assicurato per ottenere il rimborso dovrà inviare il certificato con il deficit visivo precedente e il deficit attuale oppure, qualora non fosse più disponibile la prescrizione precedente, nella certificazione di deficit visivo attuale, dovrà essere indicata la gradazione del visus mancante in precedenza per ogni occhio.

Sia in caso di acquisto prima lenti o sostituzione per modifica visus lenti in uso, l'Assicurato dovrà allegare anche:

- la fattura dell'ottico dettaglia per singoli costi (lenti e montature);
- certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46 .

La spesa sostenuta per l'eventuale visita medica specialistica non sarà oggetto di rimborso.

Cure dentarie da malattia e infortunio

in caso di cure dentarie da malattia:

- Al termine delle cure: fattura delle cure dentarie eseguite dettagliata per prestazione e singolo costo.
- in caso di cure dentarie da infortunio:
- Al termine delle cure: fattura delle cure dentarie eseguite dettagliata per prestazione e singolo costo.
- Certificazione di Pronto Soccorso;
- OPT, fotografie o ogni altro esito esame clinico strumentale che possa documentare oggettivamente l'infortunio.

Le prestazioni odontoiatriche da infortunio oggetto di autorizzazione dovranno essere congrue con le lesioni subite e oggettivamente documentate.

Terapie fisioterapiche

I trattamenti fisioterapici e rieducativi devono essere prescritti da medico specialista e la specializzazione deve essere congrua con la patologia certificata.

La prescrizione medica deve essere dettagliata per numero di sedute e tipo di prestazione riabilitativa da eseguire.

I TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI sono 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 Centri Medici, 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, le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica, nonché le prestazioni riabilitative eseguite presso centri dedicati alla medicina estetica, anche se Centri Medici.

Dette prestazioni devono essere effettuate e fatturate esclusivamente da Medico Specialistica, Centro Medico o Ist. di cura. Le prestazioni fatturate da fisioterapista, non troveranno accoglimento per il rimborso.

Protesi ortopediche ed acustiche

Ai fini del rimborso l'Assicurato dovrà inviare, oltre alla documentazione di spesa, la prescrizione medica effettuata da medico specialista con l'indicazione della patologia accertata.

La spesa sostenuta per la visita specialistica non sarà oggetto di rimborso.

Medicinali

Ai fini del rimborso l'Assicurato dovrà inviare, oltre allo scontrino parlante valido ai fini fiscali, la prescrizione medica del farmaco con la relativa patologia accertata.

I farmaci non accompagnati da prescrizione medica intestata all'Assicurato/Danneggiato e/o privi di patologia accertata, non saranno oggetto di rimborso.

Sia il nominativo del paziente indicato sulla prescrizione medica che il codice fiscale sullo scontrino della farmacia, dovranno essere dell'Assicurato.

Ticket prestazioni in regime convenzionato SSN

Tutte le ricevute ticket dovranno avere l'indicazione che si tratta di prestazioni in compartecipazione al Servizio Sanitario Nazionale o la dicitura ticket. In assenza di identificativo che si tratta di ticket, il rimborso, se dovuto, sarà calcolato applicando gli scoperti e franchigie se previsti delle forme private.

Nel qual caso non vi sia alcuna indicazione di ticket, è necessario chiedere all'atto dell'emissione del documento di spesa, al Centro Medico o Ist. Di Cura di apporre la dicitura di prestazione in compartecipazione del SSN.

Si ricorda che non è sufficiente che le prestazioni siano fatturate come importi corrispondenti al SSN, ma la prestazione deve essere erogata in regime di SSN, quindi in compartecipazione al Sistema Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopie, 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, Mista 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 rimborso.

L'Assicurato dovrà sottoporsi, qualora la Società ne faccia espressa richiesta, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dalla Società tramite i suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it

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.

LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assicurato accedendo alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata, e consente l'indicazione da parte dell'Assicurato di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'Assicurato dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso. A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assicurato) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa. Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).

Art. 12.5 - DOVERI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve inoltre:

- **consentire e sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali indagini, accertamenti, controlli medici e agli accertamenti necessari disposti dalla Società o da suoi incaricati, fornendo ogni informazione e producendo copia di ogni documentazione sanitaria richiesta, che gli stessi ritengano necessari;**
- **sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;**
- **acconsentire al trattamento dei dati personali a norma della Legge n. 196/2003 ("Legge sulla Privacy") e successive modificazioni.**

Art. 12.6 – CONTROVERSIE

In caso di controversie sull'indennizzabilità della prestazione, sull'ammontare del rimborso, se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, le parti con scrittura privata, si obbligano a conferire mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo, ovvero, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 13 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 13.1 – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione è operante per le persone di età **non superiore a 75 anni**.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età in corso di polizza, la stessa assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza del periodo di copertura in corso.

Art. 13.2 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- **le cure, e/o gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto e di eventuali patologie da esso scaturite;**
- **le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;**
- **le prestazioni sanitarie, le prestazioni terapeutiche, le cure relative a psicoterapia, le cure relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, depressione, stati d'ansia, fenomeni comportamentali in genere;**
- **gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare professionistiche e/o motoristiche e/o automobilistiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);**
- **le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;**
- **la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose;**
- **il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;**
- **gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;**
- **l'aborto volontario;**

- le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne (entro l'anno solare successivo all'intervento chirurgico demolitivo), o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché effettuate durante la validità del contratto;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV - AIDS;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'art. 8 "Cure dentarie";
- l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" lettera b), c) e f) e all'art. 7 "Protesi";
- le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni e/o integrazioni;
- le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze dovuti a: tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, atti dolosi commessi o tentati;
- da conseguenze dirette o indirette di trasformazione, trasmutazione, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
- gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari (reazioni, contaminazioni, radiazioni, ecc.);
- operazioni navali, militari, aeronautiche;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze derivanti da terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idroponiche, dietetiche, i trattamenti terapeutici di agopuntura; le prestazioni termali fatto salvo quanto previsto all'art. 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici";
- 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). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- le conseguenze di anoressia e bulimia;
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi normati all'art. 6 "Cure domiciliari e ambulatoriali – medicinali";
- le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate o gli onorari dei medici;
- gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli, causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
- gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi di identità sessuale;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio (ricoveri impropri);
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- trattamenti di medicina alternativa o complementare (salvo quanto previsto alla lettera f) Post ricovero articolo 4.1 "Ricoveri e interventi chirurgici" e all'art. 6 "Cure domiciliari e ambulatoriali – medicinali" della sezione "Descrizione delle prestazioni assicurate"); cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- i trattamenti psicoterapici a meno che a seguito di infortunio;
- la correzione di vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia), fatto salvo quanto previsto all'art. 4.9 "Correzione chirurgica / laser dei difetti del visus";
- le prestazioni non corredate dall'indicazione delle diagnosi;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- nei casi di compilazione del Questionario Anamnestico / Sanitario: le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze, salvo quelle indicate nel Questionario Anamnestico / Sanitario e non esplicitamente escluse.

Art. 13.3 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., da morbo di Parkinson.

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi.

Art. 13.4 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Non sono fornite prestazioni e/o garanzie in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Art. 13.5 – DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità e con l'eventuale frazionamento, indicati nella scheda di Polizza.

Art. 13.6 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. I premi devono essere pagati all'Intermediario Assicurativo al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 13.7 – SCADENZA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza scade alle ore e nel giorno indicato sulla scheda di polizza.

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 13.8 – DECORRENZA DELLE GARANZIE

Fermo restando l'avvenuto pagamento del premio di polizza, l'assicurazione ha effetto:

- **dall'origine della polizza, per le persone indicate nominativamente negli elenchi che il Contraente consegna alla Società, alla stipula della presente polizza;**
- **dalle ore 24:00 del giorno di inserimento in polizza, per i nuovi Assicurati inclusi in corso del periodo di copertura. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro il 15° giorno del mese successivo alla variazione; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.**

Art. 13.9 – NOMINATIVI ASSICURATI

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza come da "Riepilogo Teste assicurate".

Il Contraente e/o l'Associato dovrà comunicare alla Società mediante supporto informatico l'elenco iniziale degli Assicurati (completo dei dati anagrafici), nonché tutte le variazioni avvenute in corso d'anno rispetto alla situazione iniziale.

L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite.

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società, entro la data di scadenza annuale di ogni anno, l'elenco degli Assicurati da considerare in copertura per l'annualità successiva versando il relativo premio.

Art. 13.10 – CALCOLO DEL PREMIO

INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Per gli Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo di assicurazione nel primo semestre si applicherà il premio al 100%. Per gli Assicurati inclusi in copertura nel corso del periodo di assicurazione nel secondo semestre si applicherà il premio al 60%.

ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Per gli assicurati esclusi nel corso del periodo di assicurazione non verrà rimborsato alcun premio e la copertura dovrà intendersi operante sino alla scadenza annua in corso.

Art. 13.11 – FORME DI ASSICURAZIONE

Assicurazione prestata in forma Completa

La presente assicurazione, si intende prestata in forma completa. In caso di sinistro saranno applicati gli scoperti e le franchigie riportati nell'Allegato 1.

Assicurazione prestata in forma Integrativa

La presente assicurazione può essere altresì prestata in forma integrativa delle prestazioni fornite da Fondi Assistenziali di categoria (FASI/FASDAC/FONDO EST/FAIT - QuAS e altri fondi autorizzati dalla Società) ai quali l'Assicurato è obbligatoriamente iscritto.

Nel caso in cui l'assicurazione venga stipulata a favore della categoria "Dirigenti" o "Quadri" e gli stessi aderiscano ai Fondi FASI/FASDAC/FONDO EST/FAIT - QuAS o altri fondi autorizzati preventivamente accettati dalla Società, l'assicurazione è operante a secondo rischio e ad integrazione dei plafond previsti dai tariffari dei fondi succitati; in tal caso si intendono abrogati gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti dalle singole garanzie.

Le eventuali garanzie non previste dai tariffari FASI/FASDAC/FONDO EST - QuAS o altri fondi autorizzati ma, incluse nella presente polizza, saranno fornite a primo rischio nell'ambito dei massimali e dei limiti previsti dal contratto, con una detrazione di una percentuale sull'importo indennizzabile indicata nell'Allegato 1.

Tale modalità di liquidazione sarà operativa anche per le spese sostenute da familiari assicurati dalla presente polizza ma non assistiti dal Fondo.

Si ricorda che il QuAS prevede il rimborso esclusivamente per il dipendente Quadro e non anche per il nucleo familiare.

Le spese effettuate dai familiari del quadro saranno rimborsate a primo rischio, con applicazione degli scoperti e franchigie previste dalla copertura.

E' previsto l'obbligo per il Dirigente, per il Quadro o per l'Impiegato, di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso al Fondo, per ottenere dalla Società il rimborso della parte rimasta a suo carico, purché rimborsabile a termini di polizza.

Art. 13.12 – PRECISAZIONI

La sottoscrizione da parte della Società del presente contratto, non costituisce obbligo da parte della stessa all'assunzione automatica delle inclusioni proposte.

Art. 13.13 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Il premio stabilito viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominatici inizialmente comunicati ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Entro 30 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo, la società, in base alle comunicazioni di variazioni ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio.

Le differenze attive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate dalla Contraente nei trenta giorni successivi all'emissione della relativa appendice.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli circa le suddette variazioni per le quali il **Contraente e l'Associato sono tenuti a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, dietro richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.**

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente il premio risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare la differenza dovuta entro 15 giorni dalla comunicazione della Società.

Art. 13.14 –TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Società si impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi a Contraente e/o Associato e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli assicurati. Essa è inoltre tenuta, ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto ed a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società si impegna altresì, ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita -, anche accidentale - dei dati di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Art. 13.15 –TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il Contraente e/o l'Associato e/o l'Assicurato prestano il proprio consenso al trattamento dei dati personali sensibili che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 (e successive modificazioni).

Art. 13.16 –OBBLIGO DI CONSEGNA DELL'INFORMATIVA AGLI ASSICURANDI E RACCOLTA DEL RELATIVO CONSENSO

Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Società e, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccoglierne il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta della Società stessa.

Art. 13.17 –VALIDITÀ DELLE COMUNICAZIONI

Si dà atto che ogni comunicazione fatta alla Contraente o all'Intermediario dall'Azienda Associata s'intenderà come fatta alla Società medesima, facendo fede per la copertura la data risultante da un documento ufficiale, come pure ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società, nel nome e per conto del Contraente, s'intenderà fatta dal Contraente stesso.

Art. 13.18 – ALTRE ASSICURAZIONI / COPERTURE

Il Contraente o 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, 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 integrativi sanitari.

Art. 13.19 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata o mail e possono essere indirizzate sia all'Intermediario che gestisce la polizza sia alla Società.

Art. 13.20 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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 e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C..

Art. 13.21 – MODIFICHE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto di assicurazione devono essere documentate e provate per iscritto.

Art. 13.22 – OBBLIGHI DI COMUNICAZIONE A CARICO DEL CONTRAENTE

Qualora gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente ha l'obbligo di consegnare a ciascun Assicurato, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, copia delle presenti condizioni di assicurazione.

Art. 13.23 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI – TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

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 C.C.

Art. 13.24 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 13.25 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 13.26 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

Art. 13.27 – FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la residenza dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 13.28 – PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 C.C.).

Art. 13.29 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker indicato in polizza e di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto del Contraente dal suddetto Broker. Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza la regolazione verrà effettuata dal Contraente al Broker suddetto, che provvederà al versamento degli stessi alla Società. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle "Norme" ogni comunicazione fatta dal Broker suddetto nel nome e per conto del Contraente alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al suddetto Broker sarà considerata come inviata alla Società, se trasmessa alla stessa società, nel termine di 30 giorni dalla data di ricevimento.

Firma del Contraente

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.

Il Contraente dichiara di

- aver ricevuto l'informativa privacy (D. lgs n° 196 del 2003 e successive modificazioni)
- consegnare agli Assicurati l'informativa privacy (D. lgs. n° 196 del 2003 e successive modificazioni), raccogliere i consensi sottoscritti.

Una copia dell'informativa privacy, sottoscritta dall'Assicurato, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

Firma del Contraente

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza, ai sensi del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione ed il Modulo di proposta (ove previsto).

Firma del Contraente

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, il Contraente ha l'obbligo di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le condizioni di assicurazione e le eventuali appendici ove previste.

Firma del Contraente

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione e delle Norme che regolano l'assicurazione:

- | | | | |
|------|------|---|--|
| Art. | 13.7 | - | Scadenza dell'assicurazione - Proroga dell'assicurazione |
| Art. | 12.6 | - | Controversie |

Firma del Contraente

**SCHEDA RIASSUNTIVA DELLA FORMULA D INTEGRATIVA
RIMBORSO SPESE MEDICHE – DIRIGENTI**

Allegato 1 – pag. 1

NB: I dati esposti rappresentano un estratto della copertura assicurativa e costituiscono elemento vincolante esclusivamente per la parte relativa a massimali, franchigie e scoperti. Ai fini della garanzia fa testo unicamente la polizza.

Clausola integrativa Fasi/Fasdac per i Dirigenti: fermo restando l'obbligo di ricorrere al Fasi/Fasdac, secondo le modalità previste dal fondo stesso, la garanzia si intende operante, ai sensi di polizza, per la parte di spese eccedente non rimborsata dal Fasi/Fasdac. In caso di non intervento dell'Ente per prestazioni non comprese opera uno scoperto pari al 25%.

Allegato 1 – pag. 2