

Il presente **mod. M50E** è costituito da 22 pagine



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente:

Polizza n°:

OBIETTIVO SALUTE



DIREZIONE INDUSTRIALE DANNI

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Nel testo si designa con la parola:

Società

La Società Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

Per la forma “**Rimborso Spese Ricovero**”, la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato;

per la forma “**Indennità Giornaliera**”, il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Agli effetti della presente assicurazione si considera:

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.



**Malattia
Oncologica**

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Infortunio

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

**Grande
Intervento
Chirurgico**

Ogni intervento chirurgico contenuto nell'elenco di cui a pag. 16 e seguenti.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale ed in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

**Nucleo
familiare**

Un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso Comune.

1. RIMBORSO SPESE RICOVERO

Art. 1.1

**Grandi
Interventi
Chirurgici**

La garanzia è operante se in polizza è barrata la casella corrispondente alla voce "Grandi Interventi Chirurgici".

In caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da:

- a) malattia
- b) infortunio

che dia luogo a Grande Intervento Chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute:

- 1) - per gli onorari dei chirurghi, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
 - per l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
 - per le rette di degenza, fino a concorrenza della somma di euro 250 (L. 484.068) giornaliera;
- 2) - per il prelievo di organi o parte di essi; per il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali e le rette di degenza;
- 3) - gli accertamenti diagnostici e relativi onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, purché direttamente inerenti all'infortunio o alla malattia che origina il ricovero stesso;

- per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), avvenuti nei 120 giorni successivi alla data di dimissione purché direttamente conseguenti all'infornuto o alla malattia che ha originato il ricovero stesso;
- 4) - per i "tickets", purché relativi alle prestazioni di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3);
- 5) - per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 30 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 1.600 (L. 3.098.032);
- 6) - per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, di un accompagnatore dell'Assicurato, per un periodo non superiore a 90 giorni col massimo di euro 80 (L. 154.902) giornaliero se il ricovero avviene in Italia, Repubblica di San Marino, Citta del Vaticano, e di euro 110 (L. 212.990) se il ricovero avviene all'estero;
- 7) - per il trasporto dell'Assicurato effettuato con qualsiasi mezzo (anche aereo) in istituto di cura, in Italia o all'estero, il trasferimento da un istituto di cura all'altro ed il ritorno a casa, nonché le spese di viaggio opportunamente documentate, sostenute da un accompagnatore: il tutto fino ad un massimo di euro 1.600 (L. 3.098.032).

Art. 1.2

Estensione di garanzia per le Malattie Oncologiche

Se in polizza è barrata la casella corrispondente alla voce "Grandi Interventi Chirurgici con estensione per le Malattie Oncologiche" la garanzia comprende, oltre a quanto previsto dall'art. 1.1 - escluso il punto 5) - anche quanto sottoindicato.

Per le Malattie Oncologiche la Società rimborsa le spese:

- 1) per gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e relativi onorari medici, anche se non seguiti da ricovero, purché sia diagnosticata la Malattia Oncologica;
- 2) per le visite specialistiche e tutte le terapie (radianti, chemioterapiche ed altro) rese necessarie dalla malattia e sostenute entro 2 anni dalla cessazione del ricovero;
- 3) per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 3.100 (L. 6.002.437).

La Società rimborsa sia le predette spese sia quelle indicate all'articolo precedente anche in caso di ricovero senza intervento chirurgico o con intervento non rientrante nella definizione di Grande Intervento Chirurgico.

Questa estensione di garanzia è operante anche nel caso in cui la Malattia Oncologica venga diagnosticata durante un ricovero originato da diversa malattia ed ha effetto dal giorno di accettazione nell'istituto di cura.

Art. 1.3

Ricoveri - Forma Globale

Se in polizza è barrata la casella corrispondente alla voce "Ricoveri - Forma globale", la garanzia, oltre a quanto previsto dagli artt. 1.1 e 1.2, si estende anche a quanto

sottoindicato.

In caso di ricovero in istituto di cura, di intervento chirurgico - anche ambulatoriale - non compreso nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" o non dovuto a "Malattia Oncologica", reso necessario da:

- a) malattia
- b) infortunio
- c) parto non fisiologico, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico

la Società rimborsa le spese previste dall'art. 1.1 ed inoltre, in qualsiasi caso di parto, le cure e gli interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 90 giorni di vita.

Per il parto fisiologico, la Società rimborsa fino alla concorrenza del 4% della somma inizialmente assicurata le spese sostenute per:

- gli onorari dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- i diritti di sala operatoria ed il materiale utilizzato;
- l'assistenza medica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- le rette di degenza, fino a concorrenza della somma di euro 250 (L. 484.068) giornaliera;
- il trasporto dell'Assicurata in ambulanza all'istituto di cura e viceversa.

Art. 1.4

Indennità sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad un'indennità di euro 110 (L. 212.990) per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con un massimo di 90 giorni per anno assicurativo.

Art. 1.5

Criteri di liquidazione

Il rimborso delle spese viene effettuato:

- **a dimissione avvenuta**, qualora l'Assicurato lo richieda, per le spese previste ai punti 1), 2) e 6) dell'art. 1.1;
- **a cura ultimata** per tutte le altre spese.

Tutte le spese devono essere debitamente documentate presentando gli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

Art. 1.6**Anticipo
indennizzi**

In caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cura ultimata.

Nel caso in cui l'istituto di cura richieda come deposito una somma superiore a euro 2.500 (L. 4.840.675), la Società anticiperà all'Assicurato che ne faccia richiesta, entro il limite della somma assicurata, la somma occorrente per tale deposito. Tale anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di polizza delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie;
- l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata irrisarcibilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

Art. 1.7**Somma
assicurata**

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per anno assicurativo e per persona assicurata.

Art. 1.8**Franchigia**

Se indicato in polizza, il rimborso delle spese di cui agli artt. 1.1, 1.2 e 1.3 viene effettuato previa applicazione della franchigia pattuita per ciascun ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 10 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o a conseguenze del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo evento e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

Detta franchigia si applica anche all'indennità sostitutiva, di cui all'art. 1.4.

Art. 1.9**Limiti di
indennizzo per
la forma
"Ricoveri -
Forma globale"**

- 1) Per i ricoveri senza intervento chirurgico, il rimborso delle spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e relativi onorari medici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, avverrà con il limite del 10% delle spese di cui al precedente art. 1.1 punto 1), complessivamente sostenute per il ricovero stesso.
- 2) La Società rimborsa le spese previste dall'art. 1.1 fino a concorrenza, per ciascun evento, del:
 - 10% della somma inizialmente assicurata, per i ricoveri dovuti ad appendiciti, varici ed emorroidi;
 - 6% della somma inizialmente assicurata, per i ricoveri dovuti ad adenoiditi e

- tonsilliti;
- 4% della somma inizialmente assicurata per i ricoveri dovuti a parto con taglio cesareo, successivi al primo.

2. RIMBORSO SPESE EXTRARICOVERO

Art. 2.1

Rimborso Spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione

L'assicurazione "Rimborso Spese Ricovero", di cui agli artt. 1.1, 1.2 e 1.3, si intende automaticamente estesa al rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, anche se non collegate a ricovero, fino alla concorrenza della somma di euro 2.600 (L. 5.034.302), intesa come disponibilità unica per anno assicurativo e per persona assicurata:

RADIOTERAPIA

DOPPLER

ECOCARDIOGRAFIA

ENDOSCOPIA

LASERTERAPIA

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

SCINTIGRAFIA

TAC

ANGIOGRAFIA

HOLTER

CISTOGRAFIA

AMNIOCENTESI

ARTERIOGRAFIA

CORONAROGRAFIA

UROGRAFIA

MOC

Il rimborso delle spese inerenti tali prestazioni viene effettuato con applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta.

Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali delle ricevute quietanzate, nonché la relativa prescrizione medica.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

3. INDENNITÀ GIORNALIERA

Art. 3.1

Ricovero e convalescenza

La garanzia è operante se in polizza sono indicate le relative somme assicurate per gli Assicurati riportati nel riquadro “Indennità Giornaliera”.

In caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da:

- a) malattia
- b) infortunio
- c) parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico

la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza:

- 1) - per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per anno assicurativo.

Detta indennità viene corrisposta:

- a) con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:

- 50% a partire dal venticinquesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% a partire dal sessantesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;

- b) ridotta del 50% in caso di “day hospital”. L'indennità è dovuta esclusivamente per “day hospital” di durata superiore a 3 giorni, purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il “day hospital”, fatta eccezione per le festività, è avvenuto senza soluzione di continuità;

- 2) - per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli di ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante. Questa garanzia opera solo in seguito a ricoveri di durata superiore a 20 giorni e comunque per un periodo massimo di 60 giorni per anno assicurativo.

L'importo dell'indennità, anche se maggiorata per i motivi di cui al punto 1) lett. a) del presente articolo, non può comunque superare il limite di euro 250 (L. 484.068) giornaliera.

Art. 3.2

Criteri di liquidazione

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi, entro il più breve tempo possibile.

Per i ricoveri effettuati all'estero, il pagamento viene eseguito in Italia, in valuta italiana.

Art. 3.3

Franchigia

Se indicato in polizza, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 10 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o a conseguenze del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo evento e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

CLAUSOLE SPECIALI

Le seguenti clausole sono operanti se i relativi codici sono riportati in polizza alla voce “Codici di Clausole Speciali”.

Codice 001

**Aumento
somma
assicurata per
Grandi
Interventi
Chirurgici e
Malattie
Oncologiche**

In caso sia stata pattuita la garanzia “Ricoveri - Forma globale”, la somma assicurata indicata in polizza si intende triplicata per Grandi Interventi Chirurgici e Malattie Oncologiche.

Codice 002

**Assicurazione
Nucleo
Familiare:
Rimborso Spese
Ricovero -
Extraricovero**

A parziale deroga dell’art. 1.7, la somma assicurata indicata in polizza per le garanzie di cui agli artt. 1.1, 1.2, 1.3 e 2.1 deve intendersi quale disponibilità unica per anno assicurativo e per l’insieme delle persone assicurate che costituiscono un unico nucleo familiare.

La predetta somma si intende raddoppiata in caso di incidente stradale che coinvolga più persone assicurate appartenenti al medesimo nucleo familiare.

Codice 003

**Non operatività
dell’indicizzazione**

Per la garanzia “Indennità Giornaliera”, il disposto dell’art. 6.6 non è operante.

Codice 004

**Esclusione dei
ricoveri
conseguenti ad
infortunio**

A parziale deroga degli artt. 1.1, 1.3 e 3.1, la garanzia non comprende i ricoveri conseguenti ad infortunio.

Codice 005

**Estensione
all’assicurazione
“Indennità
Giornaliera”
della garanzia
“Rimborso Spese
Extraricovero”**

La garanzia “Rimborso Spese Extraricovero” di cui all’art. 2.1 si intende prestata in estensione all’assicurazione “Indennità Giornaliera”.

Codice 009**Eliminazione limite giornaliero su "rette di degenza"**

Per la garanzia "Rimborso Spese Ricovero", il limite giornaliero sulle "rette di degenza", di cui all'art. 1.1 punto 1), si intende non operante.

Codice 011**Scoperto a carico dell'Assicurato**

La Società, in caso di sinistro, rimborserà all'Assicurato la somma liquidata a termini di polizza previa applicazione di uno scoperto del 20%.

Qualora siano convenuti sia lo scoperto che la franchigia, in caso di sinistro la Società rimborserà all'Assicurato la somma liquidata a termini di polizza previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo pari all'importo della franchigia.

4. DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**Art. 4.1****Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili le persone affette da: alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia, nonché dalle seguenti infermità mentali: schizofrenie, forme maniaco-depressive o stati paranoidi e altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 4.2**Limiti territoriali**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.3**Esclusioni**

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sports aerei in genere;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza;
- d) gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- e) le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione della polizza e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- f) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;

- h) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad “esaurimento nervoso”;
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- l) l’aborto volontario non terapeutico;
- m) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia), le protesi dentarie, le cure dentarie e delle paradentopatie;
- n) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell’atomo, come pure di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- o) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

Art. 4.4

Termini di aspettativa

L’assicurazione decorre dalle ore 24:

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

Qualora la presente polizza ne sostituisca altra, senza soluzione di continuità, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e i massimali da quest’ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

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

5. ADEMPIMENTI

Art. 5.1

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 5.2

Altre assicurazioni private

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto 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 intenzionalmente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

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

Art. 5.3

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Art. 5.4

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa;
- 2) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

6. DISPOSIZIONI VARIE

Art. 6.1

Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, è facoltà delle Parti conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 6.2

Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 6.3

Recesso in caso di sinistro

Entro i primi due anni dalla stipulazione della polizza, le Parti dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto trascorsi quindici giorni dal ricevimento della raccomandata; in caso di recesso esercitato dal Contraente questo avrà effetto dal giorno stesso del ricevimento della raccomandata. La Società rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

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

Art. 6.4

Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto previsti dagli artt. 4.1 e 5.1, 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. 6.5

Proroga dell'assicurazione – Adeguamento del premio

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 2 mesi prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata uguale a quella originaria (esclusa la frazione d'anno) e così successivamente, ma col limite di 2 anni per ogni tacita proroga.

Alla scadenza contrattuale della polizza, la Società può richiedere l'adeguamento del premio qualora l'età raggiunta a tale data anche da uno solo degli Assicurati comporti, in base alla tariffa vigente, un premio superiore a quello inizialmente pattuito.

Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di risolvere il rapporto assicurativo astenendosi dal pagamento del premio e ciò in deroga a quanto disposto al precedente art. 5.3.

Art. 6.6

Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio e le eventuali franchigie espresse in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice nazionale dei Servizi Sanitari e spese per la salute", pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica.

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

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

Qualora, in conseguenza di uno o più adeguamenti, la somma assicurata ed il premio vengano a superare del doppio gli importi inizialmente stabiliti, il Contraente avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso, somme assicurate, premio ed eventuali franchigie, rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Art. 6.7

Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 6.8

Rinvio alla legge

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dalla presente polizza, si applicano le disposizioni di legge.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Faccia

- Resezione del mascellare superiore.
- Resezione della mandibola.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sotto mascellare.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne (parotidectomia).
- Intervento per anchilosi temporomandibolare.
- Intervento sui mascellari per tumori o per correzioni ortognatiche.

Collo

- Asportazione della ghiandola sottomascellare per tumori maligni.
- Svuotamento ganglionare latocervicale bilaterale.
- Tiroidectomia totale per neoplasia maligna.
- Interventi per asportazione di tumori maligni del collo.

Torace

- Resezione segmentaria e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.

Chirurgia toracica

- Tutti gli interventi: a cuore chiuso, a cuore aperto per difetti singoli non complicati, a cuore aperto per difetti complessi o complicati.

Esofago

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Esofagogastrotomia.
- Reintervento per mega-esofago.
- Esofago-cardioplastica.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne.
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni parziali - basse - totali.
- Intervento per malformazioni congenite dell'esofago.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Legatura di varici esofagee.

Stomaco – duodeno

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Gastrectomia totale per via toraco-laparotomica.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica.
- Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche.

Intestino

- Enteroanastomosi.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale (emicolectomia destra).
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura con o senza resezione intestinale.

Peritoneo

- Exeresi di tumori retroperitoneali.
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino e sutura della lesione.
- Idem con lesioni di organi interni parenchimali.

Retto e ano

- Amputazione del retto per via perineale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o più tempi.
- Resezione anteriore del retto.
- Operazione per megacolon.

Ernie

- Intervento per ernia inguinale recidiva.

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica maggiore (emiepatectomia).
- Colectomia.
- Epatico o coledocotomia.
- Papillotomia per via transduodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecistoentestomia).
- Drenaggio biliodigestivo intraepatico.
- Epatico digiuno-duodenostomia.

Pancreas – milza

- Interventi per cisti o pseudocisti: cistovisceroanastomosi, enucleazioni delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa - della coda.
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.
- Deconnessione azygos-portale.

Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.).
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale.
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale o sub-durale.
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi).
- Terapia chirurgica delle fistole arterovenose: aggressione diretta – legatura vaso-afferente intra-cranico.
- Anastomosi vasi intra-extra cranici.
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo.
- Intervento per epilessia focale.
- Emisferectomia.
- Operazione per encefalomeningocele.
- Interventi per traumi cranio-cerebrali.
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per malformazioni.
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Laminectomia per tumori intra-durali extra-midollari.
- Laminectomia per tumori intra-midollari.
- Ernia del disco lombare.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica e per via posteriore.
- Ernia del disco cervicale o mielopatia da spondilosi per via anteriore con artrodesi intersomatica.
- Idem per via posteriore con foraminotomia.
- Derivazioni liquorali intra-craniche o extra-craniche.
- Chirurgia stereotassica.
- Tumori intraorbitali.
- Interventi per tumori ossei della volta cranica.
- Rizotomia chirurgica intra-cranica.
- Laminectomia per tumori extra-durali.
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o per altre affezioni meningo-midollari.
- Interventi per traumi vertebro-midollari.
- Asportazione tumori nervi periferici.
- Anastomosi spinofacciali o simili.
- Interventi sul plesso brachiale.

Chirurgia vascolare

- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei seguenti vasi arteriosi: arterie carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.

- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica, succlavia ed arteria anonima.
- Disostruzione o by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica o celiaca.
- Operazioni sull'aorta toracica o addominale.

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido con meningocele.
- Cranio bifido con meningoencefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Occlusione intestinale del neonato: atresie - necessita di anastomosi, ileo-meconiale.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Eteratoma sacrococcigeo.
- Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele, mielomeningocele.
- Megacolon: resezione anteriore, operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomy.
- Vertebrotonomia.
- Intervento di ernia disco intervertebrale.
- Artrodesi per via anteriore.
- Interventi per scoliosi.

Urologia

- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.
- Resezione renale con clampaggio.
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato).
- Surrenalectomia.
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo-monolaterale o parziale).
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo) bilaterale o totale.
- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia.

- Cistoprostatovesicuclectomia totale (o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia); con ileo o colo bladder; con neovescica rettale.
- Fistola vescico-intestinale.
- Ileo o colo cisto-plastica.
- Fistole vescico-vaginali.
- Plastica antireflusso bilaterale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Prostatectomia totale per K.

Apparato genitale

- Emasculatio totale.
- Orchiectomia allargata per tumore.
- Orchiectomia allargata con linfectomia retroperitoneale.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale, uretale.
- Isterectomia per via vaginale.
- Isterectomia totale per via laparotomica.
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparotomica.
- Metroplastica.
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero.
- Isterectomia subtotala (con o senza annessiectomia).
- Panisterectomia radicale per tumori maligni per via addominale.
- Eviscerazione pelvica.
- Panisterectomia totale per via vaginale.
- Vulvectomia totale.
- Vulvectomia allargata.

Oculistica

- Odontocheratoprotesi.
- Operazione di Kroniein od orbitotomia.
- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Trabeculectomia.
- Iridocicloretrazione.
- Resezione sclerale.
- Cerchiaggio o piombaggio.
- Asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale.
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile.
- Virectomia.

Otorinolaringoiatria

- Atresia auris congenita: ricostruzione.
- Svuotamento con innesto dermoepidermico.
- Trattamento delle petrositi suppurate.
- Apertura di ascesso cerebrale per via transmastoidea.

- Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva).
- Ricostruzione della catena ossiculare.
- Interventi per otosclerosi.
- Chirurgia del sacco endolinfatico.
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale.
- Anastomosi e trapianti nervosi.
- Sezione del nervo cocleare.
- Sezione del nervo vestibolare.
- Neurinoma dell'VIII paio.
- Asportazioni di tumori dell'orecchio medio e del temporale.
- Asportazioni di tumori e colesteatomi della rocca petrosa.
- Operazioni radicali per sinusite frontale.
- Trattamento chirurgico di mucocele frontoedmoidale.
- Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni.
- Apertura del seno sfenoidale.
- Intervento per fibroma duro rinofaringeo.
- Operazione paralateronasale di Moure.
- Tumori maligni con svuotamento latero-cervicale.
- Asportazione di ghiandola salivare sottomascellare per via esterna.
- Asportazione della parotide con conservazione del facciale.
- Laringectomia: parziale, sopraglottica, totale, ricostruttiva.
- Laringofaringectomia.
- Interventi per paralisi degli abducenti.
- Svuotamento laterocervicale bilaterale.
- Asportazioni di tumori glomici timpanogiugulari.
- Exeresi di neoplasia del padiglione con svuotamento linfoghiandolare.
- Svuotamento petromastoideo.
- Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia.
- Apertura di ascesso extradurale per via transmastoidica.
- Distruzione del labirinto.
- Chirurgia della Sindrome di Ménière.
- Rinoseptoplastica funzionale ed estetica.
- Operazione radicale per sinusite mascellare (operazione di Caldwell-Luc).
- Svuotamento etmoide per via transmascellare.
- Asportazione di diaframma coanale osseo per via transpalatina.
- Chirurgia della fossa pterigomascellare.
- Tumori parafaringei.
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille ecc.).
- Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale.
- Asportazione della parotide.
- Cordectomia per via tirotomica.
- Svuotamento sottomandibolare bilaterale.
- Svuotamento laterocervicale unilaterale.
- Chiusura di fistola esofagea.
- Plastiche laringotracheali.
- Legatura dei grossi vasi.

Trapianti

- Tutti.



GENERALI
Assicurazioni Generali

SICUREZZA. SEMPRE E OVUNQUE.

Direzione per l'Italia - Mogliano Veneto, via Marocchessa, 14 - c.a.p. 31021 - c.p. 536 Mestre - tel. 0415 492 111 / 0415 494 111 - fax 041 942 909



Società costituita nel 1831 a Trieste - cap. soc. L. 2.505.995.990.000 int. vers. - Sede Legale e Direzione Centrale in Trieste, piazza Duca degli Abruzzi, 2
Codice fiscale e P.I. 00079760328 - R.I. Trieste: 98 Trib. Trieste - C.C.I.A.A. Trieste: 6204 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del RDL 29 aprile 1923 n. 966