



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente:

Polizza n°:

**“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE”
DIARIA E SPESE MEDICHE**

**SEI IN SALUTE
ALTA PROTEZIONE**

DIREZIONE INDUSTRIALE DANNI

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE” DIARIA E SPESE MEDICHE

1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

Il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura 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 anche in regime di degenza diurna.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.



Non fumatore	L'Assicurato che: <ul style="list-style-type: none"> • non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni; • negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.
Nucleo familiare	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Assicurazioni Generali S.p.A.

2. NORME COMUNI

Art. 2.1

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 o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.2

Durata dell'assicurazione

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito.

Art. 2.3

Proroga dell'assicurazione – Aggiornamento del premio

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto- sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Essendo la tariffa del presente contratto basata sull'età dell'Assicurato, in occasione della scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato nella vigente tariffa in un aumento forfetario del 3% da applicarsi all'ultimo premio antecedente ciascuna proroga annuale ferma la successiva applicazione dell'art. 2.8 Indicizzazione.

A tale aggiornamento non è soggetto il premio dell'assicurazione Assistenza.

Art. 2.4

Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

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

Art. 2.5

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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. In tale caso, 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.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.6

Dichiarazione di stato di non fumatore

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente

articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 2.7

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorso un anno dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

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. 2.8

Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (indice costo della vita).

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

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie ed i premi Assistenza.

Art. 2.9

Oneri

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

Art. 2.10

Rinvio alla legge L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. GARANZIE

Art. 3.1

Indennità giornaliera di ricovero

In caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;
- 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 annualità assicurativa.*

Detta indennità viene corrisposta:

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

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

b) aumentata del 50% qualora l'istituto di cura sia situato ad una distanza di oltre 50 chilometri dal comune di residenza dell'Assicurato (a tale fine si prenderà in considerazione la lunghezza del percorso stradale o ferroviario più breve);

c) ridotta del 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 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 è operante solo in seguito a ricoveri di durata continuativa superiore a 10 giorni e con le seguenti modalità:*

- per i primi 5 giorni l'indennità viene corrisposta al 50% dell'importo indicato in polizza;
- per i giorni successivi viene corrisposta 100% dell'importo indicato in polizza;
- per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

L'importo dell'indennità, anche se maggiorata per i motivi di cui al punto 1) lett. a) e b) del presente articolo, *non può comunque superare il limite di euro 350,00 giornalieri.*

Art. 3.2

Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento

In caso di ricovero in istituto di cura ovvero di intervento chirurgico, anche in regime di day hospital o ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata di euro 4.000,00 quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata risultante nell'apposito riquadro della presente garanzia, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e viste specialistiche, effettuati nei 60 giorni

precedenti il ricovero o l'intervento, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

La Società indennizza le spese sostenute per le suddette prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 sull'ammontare delle spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento. Le voci di spese per le quali venga richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece oggetto di indennizzo integrale.

4. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 4.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.2

Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Art. 4.3

Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- 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;*
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- h) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- j) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- k) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- l) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- m) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia;*
- n) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- o) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- p) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.*

Art. 4.4

Termini di aspettativa

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;*
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie e l'aborto spontaneo;*
- c) del trecentesimo giorno successivo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data;*
- d) del novantesimo giorno successivo per l'aborto terapeutico;*
- e) del centottantesimo giorno successivo 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 questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Modalità di pagamento: l'indennità giornaliera di ricovero

L'Assicurato che richieda la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero di cui all'art. 3.1 dovrà presentare a dimissione avvenuta la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

La Società accertato il diritto all'indennizzo, provvede alla liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto.

Art. 5.2

Modalità di pagamento: il rimborso delle spese sostenute prime e dopo il ricovero o l'intervento

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'art. 3.2 nella misura del 80% (scoperto 20%) con il minimo di euro 50,00. Limitatamente all'indennizzo dei ticket sostenuti la Società riconoscerà il rimborso integrale senza applicazione dello scoperto con il minimo sopra indicato.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. Andrà inoltre allegata la certificazione definitiva – cartella clinica completa e documentazione medica – attestante durata e ragioni del ricovero.

Art. 5.3

Documentazione fiscale – Rimborso da terzi

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati.

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, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 5.4

Franchigia

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia.

Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

Art. 5.5

Controversie – Arbitrato irrituale

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

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

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

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

Art. 5.6

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

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

Art. 5.7

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.