

*asso*

**ASSICURAZIONE SPESE SANITARIE OSPEDALIERE**

- RISCHI ASSICURABILI
- TARIFFA
- SCHEDA COPERTURA
- RACCOLTA DELLE CONDIZIONI
- CIRCOLARE 28/86

**Asso**

**STAMPATI**

- mod. **315 MIR** scheda copertura - ed. 10/86  
" **316 MIR** raccolta delle condizioni - ed. 10/86  
" **318 MIR** tariffa - ed. 1/88

## RISCHI ASSICURABILI

È un prodotto **monoramo** Malattie - valido in tutto il mondo - che rimborsa al Contraente le spese documentate, rese necessarie per malattia, infortunio o parto.

Il prodotto si articola in 6 alternative a copertura **decescente**:

### alternativa A

globale ricoveri + indennità di degenza + indennità di convalescenza

### alternativa B

globale interventi chirurgici + indennità di degenza + indennità di convalescenza

### alternativa C

globale ricoveri + indennità di degenza

### alternativa D

globale interventi chirurgici + indennità di degenza

### alternativa E

globale ricoveri

### alternativa F

globale interventi chirurgici

I rimborsi dovuti vengono effettuati dalla Società previa deduzione di una franchigia assoluta per sinistro di **L. 3.000.000** ove l'Assicurato provi di esser ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, di **L. 5.000.000** in caso contrario.



Tariffa della polizza *asso*

ALTERNATIVA	Somme assicurate	Numero assicurati previsti in polizza	Premi totali per assicurato				
			Fino a 45 anni		Oltre 45 anni		
			Annui	Sem.li	Annui	Sem.li	
<b>A</b>	Globale Ricoveri	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	920.000	479.000	1.330.000	692.000
		+ Indennità di L. 100.000 al giorno	3 - 4	828.000	431.000	1.197.000	623.000
	+ Indennità Degenza	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	790.000	411.000	1.138.000	592.000
		+ Indennità di L. 75.000 al giorno	3 - 4	711.000	370.000	1.024.000	533.000
+ Indennità Convalescenza	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	660.000	344.000	945.000	492.000	
	+ Indennità di L. 50.000 al giorno	3 - 4	594.000	309.000	851.000	443.000	
<b>C</b>	Globale Ricoveri	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	660.000	344.000	945.000	492.000
		+ Indennità di L. 100.000 al giorno	3 - 4	594.000	309.000	851.000	443.000
	+ Indennità Degenza	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	594.000	309.000	849.000	442.000
		+ Indennità di L. 75.000 al giorno	3 - 4	536.000	279.000	765.000	398.000
Indennità Degenza	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	530.000	276.000	753.000	392.000	
	+ Indennità di L. 50.000 al giorno	3 - 4	477.000	249.000	678.000	353.000	
<b>E</b>	Globale Ricoveri	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	400.000	209.000	560.000	292.000
			3 - 4	360.000	188.000	504.000	263.000

Scomposizione premi totali polizza *ASSO*

ALTERNATIVA	Somme assicurate	Numero assicurati previsti in polizza	Premi totali per assicurato				
			Fino a 45 anni		Oltre 45 anni		
			Annui	Sem.li	Annui	Sem.li	
<b>B</b>	Globale Interventi Chirurgici	Rimborso fino a L. 50.000.000 + Indennità di L. 100.000 al giorno	1 - 2	736.000	383.000	1.064.000	554.000
			3 - 4	662.000	345.000	958.000	498.000
	+ Indennità Degenza	Rimborso fino a L. 50.000.000 + Indennità di L. 75.000 al giorno	1 - 2	632.000	329.000	910.000	474.000
			3 - 4	569.000	296.000	819.000	426.000
	+ Indennità Convalescenza	Rimborso fino a L. 50.000.000 + Indennità di L. 50.000 al giorno	1 - 2	528.000	275.000	756.000	394.000
			3 - 4	475.000	247.000	681.000	354.000
<b>D</b>	Globale Interventi Chirurgici	Rimborso fino a L. 50.000.000 + Indennità di L. 100.000 al giorno	1 - 2	528.000	275.000	756.000	394.000
			3 - 4	475.000	247.000	681.000	354.000
	+ Indennità Degenza	Rimborso fino a L. 50.000.000 + Indennità di L. 75.000 al giorno	1 - 2	476.000	248.000	679.000	354.000
			3 - 4	429.000	224.000	612.000	319.000
		Rimborso fino a L. 50.000.000 + Indennità di L. 50.000 al giorno	1 - 2	424.000	221.000	602.000	314.000
			3 - 4	382.000	199.000	542.000	282.000
<b>F</b>	Globale Interventi Chirurgici	Rimborso fino a L. 50.000.000	1 - 2	320.000	167.000	448.000	233.000
			3 - 4	288.000	150.000	404.000	211.000

Pr. Netto	Accessori	Imposte	Pr.Totale	Pr. Netto	Accessori	Imposte	Pr.Totale
121.951	24.390	3.659	150.000	280.488	56.097	8.415	345.000
135.773	27.154	4.073	167.000	286.992	57.398	8.610	353.000
152.846	30.569	4.585	188.000	287.805	57.561	8.634	354.000
161.788	32.358	4.854	199.000	292.683	58.537	8.780	360.000
169.918	33.984	5.098	209.000	300.813	60.163	9.024	370.000
171.545	34.309	5.146	211.000	310.569	62.114	9.317	382.000
179.675	35.935	5.390	221.000	311.383	62.276	9.341	383.000
182.114	36.423	5.463	224.000	318.699	63.740	9.561	392.000
189.431	37.886	5.683	233.000	320.325	64.065	9.610	394.000
200.813	40.163	6.024	247.000	323.578	64.715	9.707	398.000
201.626	40.325	6.049	248.000	325.203	65.041	9.756	400.000
202.439	40.488	6.073	249.000	328.455	65.691	9.854	404.000
213.821	42.764	6.415	263.000	334.147	66.829	10.024	411.000
223.578	44.715	6.707	275.000	344.716	68.943	10.341	424.000
224.390	44.878	6.732	276.000	346.342	69.268	10.390	426.000
226.829	45.366	6.805	279.000	348.781	69.756	10.463	429.000
229.268	45.854	6.878	282.000	350.407	70.081	10.512	431.000
234.147	46.829	7.024	288.000	359.350	71.870	10.780	442.000
237.398	47.480	7.122	292.000	360.163	72.032	10.805	443.000
240.650	48.130	7.220	296.000	364.228	72.845	10.927	448.000
251.219	50.244	7.537	309.000	385.366	77.073	11.561	474.000
255.284	51.057	7.659	314.000	386.179	77.236	11.585	475.000
259.350	51.870	7.780	319.000	386.992	77.398	11.610	476.000
260.163	52.032	7.805	320.000	387.805	77.561	11.634	477.000
267.480	53.496	8.024	329.000	389.431	77.886	11.683	479.000
279.675	55.935	8.390	344.000	400.000	80.000	12.000	492.000

Pr. Netto	Accessori	Imposte	Pr.Totale	Pr. Netto	Accessori	Imposte	Pr.Totale
404.878	80.976	12.146	<b>498.000</b>	562.602	112.520	16.878	<b>692.000</b>
409.756	81.951	12.293	<b>504.000</b>	578.049	115.610	17.341	<b>711.000</b>
429.268	85.854	12.878	<b>528.000</b>	598.374	119.675	17.951	<b>736.000</b>
430.894	86.179	12.927	<b>530.000</b>	612.195	122.439	18.366	<b>753.000</b>
433.333	86.667	13.000	<b>533.000</b>	614.634	122.927	18.439	<b>756.000</b>
435.773	87.154	13.073	<b>536.000</b>	621.951	124.390	18.659	<b>765.000</b>
440.650	88.130	13.220	<b>542.000</b>	642.277	128.455	19.268	<b>790.000</b>
450.407	90.081	13.512	<b>554.000</b>	665.853	133.171	19.976	<b>819.000</b>
455.284	91.057	13.659	<b>560.000</b>	673.171	134.634	20.195	<b>828.000</b>
462.602	92.520	13.878	<b>569.000</b>	690.244	138.049	20.707	<b>849.000</b>
481.301	96.260	14.439	<b>592.000</b>	691.870	138.374	20.756	<b>851.000</b>
482.927	96.585	14.488	<b>594.000</b>	739.838	147.967	22.195	<b>910.000</b>
498.431	97.886	14.683	<b>602.000</b>	747.968	149.593	22.439	<b>920.000</b>
497.561	99.512	14.927	<b>612.000</b>	768.293	153.658	23.049	<b>945.000</b>
506.504	101.301	15.195	<b>623.000</b>	778.862	155.772	23.366	<b>958.000</b>
513.821	102.764	15.415	<b>632.000</b>	832.520	166.504	24.976	<b>1.024.000</b>
536.585	107.317	16.098	<b>660.000</b>	865.041	173.008	25.951	<b>1.064.000</b>
538.212	107.642	16.146	<b>662.000</b>	925.203	185.041	27.756	<b>1.138.000</b>
551.219	110.244	16.537	<b>678.000</b>	973.171	194.634	29.195	<b>1.197.000</b>
552.033	110.406	16.561	<b>679.000</b>	1.081.301	216.260	32.439	<b>1.330.000</b>
553.658	110.732	16.610	<b>681.000</b>				

**A V V E R T E N Z E**

- In caso di più persone assicurate**, il premio totale complessivamente dovuto e la relativa scomposizione vanno ottenuti aggiungendo tra loro i premi relativi ai singoli assicurati.
- Va rammentato che:
  - la durata contrattuale minima è di un anno e quella massima di cinque;
  - la durata contrattuale non deve comunque prevedere la frazione d'anno (ad esempio 4 anni, 5 mesi, 3 giorni);
  - non è consentito effettuare variazioni contrattuali che comportino aumento di premio se non in coincidenza con le scadenze annuali previste della polizza.

Eventuali deroghe vanno preventivamente autorizzate dai competenti uffici assuntivi.



SARA assicurazioni spa  
Assicuratrice ufficiale  
dell'Automobile Club d'Italia  
Capitale Sociale L. 15.000.000.000 (i.v.)

Sede e Direzione Generale  
00198 Roma - Via Po n. 23  
Iscritta Tribunale Roma n. 948/47  
CCIAA Roma n. 117033

Codice Fiscale 00408780583  
Impresa autorizzata all'esercizio  
delle assicurazioni con l'OMIA n. 26.8.1925  
(G.U. del 31.8.1925 n. 201)

---

asso

ASSICURAZIONE  
SPESE SANITARIE  
OSPEDALIERE

RAMO  
**59**
NUMERO POLIZZA  
**A5**

Mod. 315 MFR - Ed. 10/86

Agenzia \_\_\_\_\_ Sub Agenzia \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE**

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ sesso  M  F anno di nascita \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_

cep \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

frazione \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

operato	impiegato	dirigente	agricoltore	artigiano	commerciante	industrialista	orol. orate	prof. commerciale	prof. sanitario	orol. orate	casalinga	DANZARDO	altre attività	spazio	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

---

CHI ASSICURIAMO

cognome e nome _____	anno nascita _____	sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	cognome e nome _____	anno nascita _____	sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 _____			3 _____		
2 _____			4 _____		

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

sinistri precedenti: \_\_\_\_\_

minorazioni fisiche e malattie in atto: \_\_\_\_\_

altre assicurazioni: \_\_\_\_\_

---

COSA ASSICURIAMO

Con l'alternativa:  
(Art. 17 delle C.G.A.)

A - GLOBALE RICOVERI + INDENNITÀ DI DEGENZA + INDENNITÀ DI CONVALESCENZA  B - GLOBALE RICOVERI + INDENNITÀ DI DEGENZA  C - GLOBALE RICOVERI

D - GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI + IND. DI DEGENZA + IND. DI CONVALESCENZA  E - GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI + IND. DI DEGENZA  F - GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI

---

QUANTO ASSICURIAMO

(franchigia e, per ogni assicurato, nota corrispondente casella, la lettera che contraddistingue l'alternativa prescelta)

<p><b>SOMME ASSICURATE</b> (adeguati ogni biennio - Art. 21 C.G.A.)</p> <p>ALTERNATIVA SCELTA PER L'ASSICURATO: <input type="checkbox"/> A - GLOBALE RICOVERI + GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI (*)</p> <p>N. 1 <input type="checkbox"/> L. _____ milioni per anno _____ al giorno</p> <p>N. 2 <input type="checkbox"/> L. _____ milioni per anno _____ al giorno</p>	<p><b>SOMME ASSICURATE</b> (adeguati ogni biennio - Art. 21 C.G.A.)</p> <p>ALTERNATIVA SCELTA PER L'ASSICURATO: <input type="checkbox"/> B - GLOBALE RICOVERI + GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI (*)</p> <p>N. 3 <input type="checkbox"/> L. _____ milioni per anno (*) _____ al giorno</p> <p>N. 4 <input type="checkbox"/> L. _____ milioni per anno (*) _____ al giorno</p>
---	---

(\*) Con franchigia come da Art. 16 C.G.A. (\*\*) Come da alternativa prescelta

---

**PREMIO DA PAGARE**

in rate	in scadenza il	di ogni anno
PRIMA RATA: premio netto (L) _____	accessori L. _____	Totale L. _____
RATE SUCCESSIVE: premio netto _____	accessori L. _____	Totale L. _____

**DURATA DEL CONTRATTO**

dalle ore 24 del \_\_\_\_\_ alle ore 24 del \_\_\_\_\_ prima quietanza del \_\_\_\_\_

per la durata di \_\_\_\_\_ anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni

**POLIZZA SOSTITUITA** n. \_\_\_\_\_ con scadenza rata il \_\_\_\_\_ ; (L) abbuono sul premio netto L. \_\_\_\_\_

**INDICE I.S.T.A.T.** \_\_\_\_\_ (Art. 21 C.G.A.)

---

Il pagamento di Lire \_\_\_\_\_ a saldo della prima rata di premio e imposte è stato effettuato

il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Per l'Agenzia \_\_\_\_\_

6 Asso

Edizione 4-95

Edizione 4-95

Asso 7



SARA assicurazioni spa  
Assicuratrice ufficiale  
dell'Automobile Club d'Italia  
Capitale Sociale L. 18.000.000.000 (i.v.)

### CONDIZIONE SPECIALE SOCI ACI

Qualora l'Assicurato sia Socio dell'ACI, in caso di sinistro, le franchigie di cui all'Art. 18 delle C.G.A. saranno ridotte, nei suoi confronti, del 10% purché venga dimostrato che l'Assicurato stesso ha iniziato il rapporto di associazione non più tardi della prima scadenza annuale della presente polizza e lo ha successivamente rinnovato di anno in anno, senza soluzione di continuità, fino alla data del sinistro.

L'assicurazione è regolata dalle norme contenute nell'allegato mod. 316/MIR - Ed. 10/86, denominato "Raccolta delle Condizioni che regolano il contratto 'ASSO'", che il Contraente dichiara di aver ricevuto e di avere letto.

SARA assicurazioni s.p.a.  
Il Direttore Generale

IL CONTRAENTE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 2 - Altre assicurazioni
- Artt. 8 e 25 - Disdetta in caso di sinistro
- Art. 11 - Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria
- Art. 24 - Deferimento di controversie ad un Collegio Medico

IL CONTRAENTE

## Raccolta delle condizioni che regolano il contratto di assicurazione

### GARANZIE PREVISTE DALLA POLIZZA

(la portata delle garanzie è regolamentata nelle Condizioni Generali del mod. 316/MIR - Ed. 10/86)



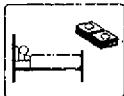
GLOBALE RICOVERI

assicura il RIMBORSO DELLE SPESE sostenute per:  
- RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO  
- RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO  
- INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI



GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI

assicura il RIMBORSO DELLE SPESE sostenute per:  
- RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO  
- INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI



INDENNITA' DI DEGENZA

assicura UNA INDENNITA' GIORNALIERA per il periodo di ricovero in istituto di cura.  
(La corresponsione dell'indennità non è subordinata alla presentazione di note spese)



INDENNITA' DI CONVALESCENZA

assicura UNA INDENNITA' GIORNALIERA dal giorno della dimissione dall'istituto di cura, per un periodo pari a quello del ricovero.  
(La corresponsione dell'indennità non è subordinata alla presentazione di note spese)

Mod. 316/MIR - ED. 10-86

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### DEFINIZIONI

Nel testo le parole che seguono definiscono quanto a fianco di ciascuna indicato:

- Assicurazione: il contratto di assicurazione
- Polizza: il documento che prova l'assicurazione
- Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione
- Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- Società: la SARA assicurazioni S.p.A.
- Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società
- Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro
- Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
- Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

### NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

#### Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

#### Art. 2 Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società la esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

#### Art. 3 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i

premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

#### Art. 4 Modifiche dell'assicurazione

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

#### Art. 5 Aggravamento del rischio

(Non si applica alla presente assicurazione).

#### Art. 6 Diminuzione del rischio

(Non si applica alla presente assicurazione).

#### Art. 7 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.

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

#### Art. 8 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo la Società può recedere dall'assicurazione, con preavviso di 30 giorni.

In tal caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

#### Art. 9 Proroga dell'assicurazione

(Non si applica alla presente assicurazione).

#### Art. 10 Oneri fiscali

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

#### Art. 11 Foro competente

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

#### Art. 12 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

### NORME CHE REGOLANO IN PARTICOLARE IL PRESENTE CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

#### Art. 13 Definizioni di malattia, di infortunio e di ricovero

Agli effetti della presente assicurazione si intende per:

- «malattia»: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- «infortunio»: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- «ricovero»: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

#### Art. 14 Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta; i premi medesimi, in tal caso, verranno restituiti a richiesta del Contraente.

#### Art. 15 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

#### Art. 16 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia e in valuta italiana.

#### Art. 17 Oggetto dell'assicurazione

Tra le forme di garanzia delimitate nei sottoriportati punti 17.1, 17.2, 17.3 e 17.4 sono operanti, nei confronti dell'Assicurato, esclusivamente quelle previste dalla specifica **alternativa** resa valida a favore dell'Assicurato medesimo sul frontespizio del mod. 315 MIR, al titolo «QUANTO ASSICURIAMO».

##### 17.1 Globale ricoveri

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata e previa deduzione della franchigia di cui all'Art. 18, rimborsa:

- 17.1.1 In caso di intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio nonché in caso di parto cesareo, effettuati in istituto di cura (pubblico o privato) od in ambulatorio, le spese documentate:
- a) per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura od ambulatorio, nei 90 giorni precedenti l'intervento;
  - b) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
  - c) per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
  - d) per le rette di degenza;
  - e) per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura od all'ambulatorio;



- f) rese necessarie dall'intervento ovvero dalla malattia od infortunio che ha determinato l'intervento stesso e, in caso di ricovero, sostenute dopo la cessazione di quest'ultimo: per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei 60 giorni successivi all'intervento, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi all'intervento stesso.

L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui alle precedenti lettere e) e f) non potrà superare il 10% della somma annua assicurata.

17.1.2 In caso di ricovero reso necessario da malattia od infortunio e che non comporti intervento chirurgico nonché in caso di parto non cesareo, le spese documentate: di trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura, per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, i medicinali e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero.

Nel corso di una stessa annualità assicurativa l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni di cui ai surriportati punti 17.1.1 e 17.1.2 non può superare la somma annua assicurata.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale in forma diretta od indiretta e/o di altre forme di assistenza sanitaria diretta o a rimborso, la garanzia varrà per le eventuali spese od eccedenza di spese rimaste a carico dell'Assicurato, salvo l'applicazione di quanto previsto dall'art. 1910 Codice Civile ove ricorra il caso.

#### 17.2 Globale interventi chirurgici

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata e previa deduzione della franchigia di cui all'Art. 18, rimborsa, in caso di intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio nonché in caso di parto cesareo, effettuati in istituto di cura (pubblico o privato) od in ambulatorio, le spese documentate:

- a) per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura od ambulatorio, nei 90 giorni precedenti l'intervento;
- b) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- c) per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- d) per le rette di degenza;
- e) per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura od all'ambulatorio;

- f) rese necessarie dall'intervento ovvero dalla malattia od infortunio che ha determinato l'intervento stesso e, in caso di ricovero, sostenute dopo la cessazione di quest'ultimo: per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei 60 giorni successivi all'intervento, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi all'intervento stesso.

L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui alle precedenti lettere e) e f) non potrà superare il 10% della somma annua assicurata.

Nel corso di una stessa annualità assicurativa l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto 17.2 non può superare la somma annua assicurata.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale in forma diretta od indiretta e/o di altre forme di assistenza sanitaria diretta o a rimborso, la garanzia varrà per le eventuali spese od eccedenza di spese rimaste a carico dell'Assicurato, salvo l'applicazione di quanto previsto dall'art. 1910 Codice Civile ove ricorra il caso.

#### 17.3 Indennità di degenza

In caso di ricovero reso necessario da malattia od infortunio o parto cesareo, la Società corrisponde la somma pattuita per ciascun giorno di degenza, a partire dal giorno stesso del ricovero, fino al giorno antecedente quello della dimissione, e per la durata massima di 180 giorni per anno assicurativo.

Se la presente forma di garanzia viene prestata in abbinamento a quella «GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI» (alternativa B e D), l'indennità di cui al precedente comma spetta unicamente qualora durante il predetto ricovero l'Assicurato abbia subito intervento chirurgico.

Non danno comunque diritto ad indennità i ricoveri per parto non cesareo e per interventi su tonsille e/o vegetazioni adenoidi effettuati su persone che non abbiano compiuto i nove anni di età.

#### 17.4 Indennità di convalescenza

In caso di ricovero reso necessario da malattia od infortunio o parto cesareo, la Società, a partire dal giorno stesso della cessazione del ricovero, corrisponde la somma pattuita per un numero di giorni pari a quelli del ricovero e per la durata massima di 180 giorni per anno assicurativo.

Se la presente forma di garanzia viene prestata in abbinamento a quella «GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI» (alternativa B), l'indennità di cui al precedente comma spetta unicamente qualora durante il predetto ricovero l'Assicurato abbia subito intervento chirurgico.

Non danno comunque diritto ad indennità i ricoveri per parto non cesareo, per malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per interventi su tonsille e/o vegetazioni adenoidi effettuati su persone che non abbiano compiuto i nove anni di età.

### Art. 18 Franchigie

La Società effettua il rimborso di quanto dovuto all'Assicurato in relazione alle forme di garanzie 17.1 «GLOBALE RICOVERI» e 17.2 «GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI» (art. 17 - Oggetto dell'assicurazione) previa deduzione di una franchigia assoluta di L. 5.000.000 per sinistro.

Detta franchigia, nei casi in cui l'Assicurato compri di essere ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, è ridotta a L. 3.000.000 per sinistro.

#### **Art. 19** Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) in caso di infortunio: dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- b) in caso di malattia: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, eccettuati i casi seguenti per i quali l'anzidetto termine normale di aspettativa si eleva ai:
- 300° giorno per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, si applica il termine di aspettativa normale qualora l'Assicurato compri che il concepimento è avvenuto dopo la data di effetto della garanzia;
  - 450° giorno per affezioni croniche broncopulmonari, ulcere gastriche e duodenali, neoplasie mammarie e ginecologiche, varici e emorroidi, calcolosi biliari o renali, neoplasie prostatiche, emopatie sistemiche ed affezioni cardiache.

In ogni caso si applica un termine di aspettativa non inferiore a 300 giorni qualora il ricovero e/o l'intervento chirurgico siano conseguenza diretta di situazioni patologiche iniziate anteriormente alla stipulazione del contratto, sempreché non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per le garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso, qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino a concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i suindicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

#### **Art. 20** Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni; resta invece sospesa durante il servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- interventi chirurgici o ricoveri che siano conseguenza diretta di situazioni patologiche, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciute e/o diagnosticate al momento della stipulazione del contratto (o, nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, rispetto alle per-

sone e alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte delle somme assicurate eccedente quelle già in corso);

- aborto terapeutico e/o volontario;
- cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di allucinogeni o stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico oppure in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'Assicurato (intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso);
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure ed interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni comunque preesistenti alla stipulazione del contratto;
- applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla stipulazione del contratto);
- cure dentarie e delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse, in ogni caso, le protesi dentarie;
- malattie professionali, così definite dal D.P.R. 30.6.1965 n. 1124;
- spese per l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 17 ai punti 17.1.1 lett. b) e 17.2 lett. b);
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- conseguenze derivanti da:
  - guerre, insurrezioni, tumulti popolari;
  - atti violenti od aggressioni aventi movente politico o sociale, salvo che l'Assicurato non compri di esservi stato coinvolto involontariamente;
- movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.

#### **Art. 21** Indicizzazione

Le somme assicurate, le franchigie ed il premio sono soggetti, con cadenza biennale, ad adeguamento in base alle variazioni percentuali del « numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute » pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).

L'adeguamento delle somme assicurate e del premio è determinato in aliquota pari a quella di variazione del suddetto indice ISTAT; l'adeguamento delle franchigie, invece, in aliquota pari alla metà della variazione percentuale dell'indice stesso.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio di polizza — mod. 315 MIR — (che corrisponde a quello del mese di settembre dell'anno antecedente alla data di stipulazione del contratto) con l'indice del mese di settembre dell'anno della prima scadenza annuale di premio, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottata dall'ISTAT. Gli aumenti e 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, con cadenza biennale, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Salvo esplicita diversa pattuizione scritta fra le Parti, l'automaticità dell'adeguamento cessa con il raggiungimento di una variazione percentuale dell'indice, rispetto a quello inizialmente stabilito, pari al 100%, se in aumento, ovvero al 50%, se in diminuzione, ed in tali casi la polizza rimarrà in corso sulla base del limite massimo o minimo raggiunto.

Peraltro, qualora successive variazioni registrate dall'ISTAT riportassero l'indice rispettivamente al disotto o al di sopra di detti limiti, massimo e minimo, riprenderà vigore l'automaticità dell'adeguamento, secondo la normativa più sopra riportata e fermi restando i limiti suindicati.

#### Art. 22 Obblighi in caso di sinistro

La denuncia di cui all'art. 7 deve essere corredata da certificazione medica. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

#### Art. 23 Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato:

**23.1** Per le prestazioni previste dalle forme di garanzia di cui ai punti **17.1 «GLOBALE RICOVERI»** e **17.2 «GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI»** dell'art. 17:

**a cura ultimata** su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i precitati 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 ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo che nell'ipotesi di cui all'art. 2, per la quale si applicherà quanto previsto dall'art. 1910 Codice Civile.

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 dei Cambi.

**23.2** Per le prestazioni previste dalla forma di garanzia di cui al punto **17.3 «INDENNITÀ DI DEGENZA»** dell'art. 17:

**al termine del ricovero** su presentazione di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante la durata del ricovero stesso.

**23.3** Per le prestazioni previste dalla forma di garanzia di cui al punto **17.4 «INDENNITÀ DI CONVALESCANZA»** dell'art. 17:

**al termine del periodo indennizzabile.**

#### Art. 24 Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un col-

legio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### Art. 25 Recesso in caso di sinistro ed anticipata risoluzione del contratto

Fermo quanto disposto dall'art. 8 si conviene tuttavia che, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà o di recedere dal contratto o di far cessare l'assicurazione solo nei confronti della persona che ha subito il sinistro, fermo restando, in quest'ultimo caso, il diritto del Contraente di chiedere la risoluzione integrale del contratto.





SARA assicurazioni spa  
Assicuratrice ufficiale  
dell'Automobile Club d'Italia  
Capitale Sociale L. 18.000.000.000 (i.v.)

DIREZIONE GENERALE  
RAMO MALATTIE

Roma, Dicembre 1986

Circolare n° 28/86

- AGLI AUTOMOBILE CLUB
- AGLI AUTOMOBILE CLUB - AGENZIE  
GENERALI SARA
- AGLI AGENTI CAPO
- AGLI ISPETTORI DI ORG.NE E TECNICI
- AI CENTRI DI LIQUIDAZIONE DANNI

L o r o S E D I

I NUOVI PRODOTTI PREVIDENZIALI : polizza "asso"

Richiamandoci a quanto espresso in premessa alla concomitante circolare n° 27/86, provvediamo ad illustrare la seconda polizza designata "prodotto dell'anno 1987".

asso - Assicurazione Spese Sanitarie Ospedaliere

I contenuti, più analiticamente descritti nelle schede allegate, sono così riassumibili :

- 1.0 Il prodotto è volto a soddisfare i bisogni più intensamente avvertiti dall'utenza sotto il profilo sanitario, che sono quelli di garantirsi, nel caso di ricovero ospedaliero o di intervento ambulatoriale, una copertura per :
  - 1.1 il rimborso delle urgenti spese che si debbono sostenere nella eventualità di malattie gravi o di delicati interventi chirurgici;
  - 1.2 l'introito di una indennità giornaliera che consenta di attenuare le conseguenze economiche derivanti dalla forzata inattività durante il ricovero e la convalescenza.
- 2.0 Si tratta di una polizza cumulativa di emissione agenziale, immediatamente rilasciabile senza obbligo di questionario medico, con la quale si assicurano una o più persone di età non superiore ai 65 anni.

./...

3.0 La copertura è valida in tutto il mondo ed è strutturata su :

- una garanzia di base, obbligatoria, concernente il rimborso delle spese sostenute per ricoveri conseguenti a infortunio o a malattia;
- due garanzie complementari, opzionali, concernenti la corresponsione di una indennità giornaliera per il periodo del ricovero e per quello della successiva convalescenza.

4.0 La novità più rilevante è costituita dalla portata economica della garanzia di base, formulata in funzione di precise esigenze dell'utenza rilevate da recenti indagini, da cui risulta la tendenza a preoccuparsi soprattutto degli eventi che comportano grossi esborsi, essendo quelli limitati ormai alla portata della generalità delle famiglie.

Perciò la garanzia prevede un massimale di rimborso molto elevato (Lire 50 milioni per persona e per anno assicurativo) mentre a carico dell'Assicurato (franchigia fissa) restano le spese che non superano un determinato importo (Lire 5 milioni, ridotte a 3 milioni se l'Assicurato si è rivolto al Servizio Sanitario Nazionale).

Per i Soci ACI gli importi delle franchigie sono abbattuti del 10%. Tale impostazione ha consentito di contenere sensibilmente i premi (da un minimo di f. 131.000 ad un massimo di f. 185.000), così da rendere il prodotto appetibile da una vasta massa di persone che sono restie a stipulare assicurazioni di tipo tradizionale, caratterizzate da costi ben più elevati.

5.0 Le garanzie complementari prevedono indennità giornaliera di consistente importo (f. 50.000 o f. 75.000 o f. 100.000), tali da consentire un buon recupero della perdita di guadagno causata dal ricovero e dalla successiva convalescenza, ovvero anche delle spese rientranti nella franchigia.

6.0 La durata contrattuale minima è di anni UNO e quella massima di CINQUE; non è prevista la tacita proroga.

7.0 La polizza è indicizzata e l'adeguamento è effettuato ogni due anni, come segue :

7.1 per il massimale e le somme assicurate nonchè per il premio, in misura pari alla variazione percentuale dell'indice ISTAT, "Servizi Sanitari e Spese per la Salute" ;

7.2 per le franchigie, in misura pari alla metà della variazione percentuale del predetto indice.

./...



(10.000) 11-85 (L.C)

## 8.0 MODULISTICA

### 8.1 Stampato di polizza

Si compone della consueta scheda di copertura (modello 315 MIR e dizione 10/86) e del relativo libretto contenente la " Raccolta delle Condizioni che regolano il contratto" (mod. 316 MIR ed. - zione 10/86).

La scheda copertura, nuova nella struttura e nella grafica, è stata predisposta in modo da permettere al Contraente l'immediata comprensione della garanzia prestata e di tutte le numerose soluzioni offertegli dalla polizza.

Nella formulazione della normativa si sono parimenti seguiti criteri improntati alla massima semplicità e chiarezza.

### 8.2 Tariffa (mod. 318 MIR)

Predisposta su un cartoncino, di formato tascabile, è estremamente pratica, in quanto l'operatore non ha necessità di fare conteggi e può individuare immediatamente il premio da applicare per ciascuna persona assicurata, nonché la corrispondente scomposizione del premio stesso.

### 8.3 Schede tecnico-operative

Constano di due parti.

La prima è stata concepita per dare una conoscenza completa, seppur schematica, del prodotto in tutte le sue caratteristiche.

La seconda costituisce una guida analitica alla corretta compilazione della scheda copertura in tutte le sue parti.

## 9.0 SUPPORTI PUBBLICITARI

E' stato predisposto un pieghevole che evidenzia gli aspetti più qualificanti del prodotto.

Un adeguato quantitativo sarà al più presto inviato a ciascuna Agenzia : se ne raccomanda un utilizzo appropriato onde trarne il massimo vantaggio.

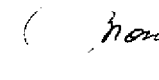
In pari tempo sarà fornita a tutte le Agenzie una congrua dotazione della nuova polizza.

./...

Siamo certi che questo nuovo e originale prodotto, che la rete agenziale ha dimostrato di apprezzare vivamente durante i recenti incontri di formazione professionale, contribuirà in modo determinante a conseguire, in tempi brevi, un consistente sviluppo del Ramo Malattie.

Con i migliori saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



### Allegati :

- fac-simile scheda di copertura mod.315 MIR ed. 10/86
- "Raccolta condizioni che regolano il contratto" mod. 316 MIR ed. 10/86
- Tariffa e tabella scomposizione relativi premi
- Schede tecnico-operative.

N.B. : Restano naturalmente in vigore le polizze di precedente edizione modd. 41 MIR e 310 A, da utilizzarsi nei casi in cui la polizza asso non risponda alle esigenze dell'Assicurato.

**ASSO - Assicurazione Spese Sanitarie Ospedaliere**

(modd. 315 - 316 MIR ed. 10/86)

**CHE COSA E'**

- 1.0 E' una polizza di emissione agenziale, immediatamente rilasciabile senza obbligo di presentazione del questionario medico.
- 2.0 E' valida unicamente nei casi di :
- ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, con o senza intervento chirurgico;
  - intervento chirurgico ambulatoriale
- resi necessari da malattia od infortunio.
- 3.0 E' una cumulativa : l'Assicurato può essere diverso dal Contraente e possono assicurarsi più persone, anche non facenti parte del medesimo nucleo familiare.

**CHE COSA ASSICURA**

- 4.0 Secondo la scelta effettuata dal Contraente, all'atto della stipulazione, è assicurabile :
- 4.1 Il rimborso delle spese documentate, rimaste a carico dell'Assicurato, attraverso la " GARANZIA DI BASE ", che va prescelta tra le seguenti due :
- GLOBALE RICOVERI - GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI
- La garanzia base è obbligatoria.
- 4.2 La corresponsione di indennità giornaliera, liquidabili senza obbligo di documentazione di spesa, attraverso le due " GARANZIE COMPLEMENTARI " :
- INDENNITA' DI DEGENZA - INDENNITA' DI CONVALESCENZA
- Le garanzie complementari, che integrano la " GARANZIA DI BASE ", sono facoltative : può essere assicurata la sola INDENNITA' DI DEGENZA oppure entrambe le indennità.

- 5.0 A favore di ogni Assicurato è offerta quindi una possibilità di scelta tra sei " ALTERNATIVE " : nel caso di più persone assicurate la scelta è effettuabile anche in modo differente per ciascuna delle persone medesime. Le " ALTERNATIVE " assicurabili, contraddistinte dalle prime sei lettere dell'alfabeto, sono le seguenti :

- A GLOBALE RICOVERI + INDENNITA' DI DEGENZA + INDENNITA' DI CONVALESCENZA
- B GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI + INDENNITA' DI DEGENZA + INDENNITA' DI CONVALESCENZA
- C GLOBALE RICOVERI + INDENNITA' DI DEGENZA
- D GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI + INDENNITA' DI DEGENZA
- E GLOBALE RICOVERI
- F GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI

**6.0 GARANZIE DI BASE**

**6.1 GLOBALE RICOVERI (art. 17.1 C.G.A.)**

Concerne il rimborso delle spese :

- A) relative a ricoveri in istituti di cura senza intervento chirurgico e sostenute per : trasporto in ambulanza, rette di degenza, onorari dei medici, cure, medicinali, esami clinici, trattamenti fisioterapici;

- B) relative ad interventi chirurgici, con o senza ricovero, e sostenute :

NEL LUOGO DI CURA

- a) per rette di degenza, onorari dei chirurghi ed assistenti, cure, medicinali, esami clinici, trattamenti fisioterapici;

AL DI FUORI DEL LUOGO DI CURA

- b) nei 90 giorni antecedenti l'intervento, per accertamenti diagnostici;
- c) per trasporto in ambulanza all'istituto di cura od all'ambulatorio;
- d) nei 60 giorni successivi all'intervento, per prestazioni medico infermieristiche, esami clinici, acquisto medicinali;
- e) nei 90 giorni successivi all'intervento, per trattamenti fisioterapici e cure termali (escluse le spese alberghiere)

Il rimborso spettante per l'insieme delle prestazioni di cui ai surriportati punti c), d), e) non può eccedere il 10% del massimale assicurato.

**6.2 GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI (art. 17.2 C.G.A.)**

- E' operante solo nei casi di intervento chirurgico con o senza ricovero e concerne il rimborso delle sole spese di cui alla lettera B) punto 6.1 GLOBALE RICOVERI.



17.0 TARIFFA

La tariffa riservata alla polizza ASSO è articolata in modo da individuare immediatamente il premio previsto per ciascuna persona, in funzione :

- dell'alternativa prescelta ;
- delle somme assicurate ;
- del numero degli assicurati con la medesima polizza ;
- dell'età dell'Assicurato ;
- della rateazione del premio .

I premi sono inderogabili.

18.0 INDICIZZAZIONE (art. 21 C.G.A.)

L'indicizzazione è obbligatoria e fa riferimento all'indice ISTAT dei " Servizi Sanitari e Spese per la Salute ".

L'adeguamento è effettuato ogni due anni e nelle seguenti misure :

- per il massimale e le somme assicurate nonchè per il premio, l'adeguamento è pari alla variazione percentuale dell'indice ISTAT ;
- per le franchigie, l'adeguamento è pari alla metà della variazione percentuale dell'indice ISTAT.

COME SI COMPILA ASSO



Agenzia (4) Sub Agenzia (2)

NO. BANC.	ANNO
(3)	(5)

**CONTRAENTE**

cognome **ROSSI** (4)  
 nome **MARIO** (5) sesso  M  F anno di nascita **1950** (7)  
 via **VERDI, 12/A** (8)  
 comune **ROMA** (9)  
 cap **00139** (10) provincia **RM** (11)  
 frazione = (12)  
 professione **ARTIGIANO** (13)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

DATI DELL'AGENZIA:

- 1) Denominazione dell'Agenzia.
- 2) Denominazione della Sub-Agenzia.
- 3) Codice CED dell'Agenzia/Sub-Agenzia e, ove previsto, codice del produttore.

DATI DEL CONTRAENTE:

- 4) Cognome ( per le donne coniugate, il cognome da nubile ).
- 5) Nome di battesimo.
- 6) Contrassegnare con la "X" la casella corrispondente al sesso.
- 7) L' anno di nascita ( omettendo il giorno e mese ).
- 8) Via/piazza e numero civico dell'abitazione.
- 9) Comune in cui si trova l'abitazione ( non deve avere abbreviazioni ).
- 10) C.A.P. ( questo campo va obbligatoriamente compilato ).
- 11) Sigla della Provincia ( da indicare anche quando il Comune e' capoluogo di Provincia ).
- 12) Eventuale frazione o localita' del Comune.
- 13) Professione ( va utilizzata la terminologia riportata nel prospetto sub 14 ).
- 14) Contrassegnare con "X" il numero corrispondente alla professione.



**CHI ASSICURIAMO**

cognome e nome	anno nascita	secco	cognome e nome	anno nascita	secco
1 ROSSI MARIO	1950	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 ROSSI FRANCA	1976	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 GIANCHI ROSSI RITA	1951	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	4 ROSSI LUCA	1977	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

sinistri precedenti: **NESSUNO**      altre assicurazioni: **NESSUNA**  
 minorazioni fisiche e malattie in atto: **NESSUNA**

- 1) Trascrivere il cognome, il nome, l'anno di nascita delle persone assicurate (anche del Contraente quindi, se assicurato) e contrassegnare con una "X" la casella corrispondente al sesso.
- 2) Dichiarazioni del Contraente: vanno sempre raccolte e riportate dettagliatamente.

Nell'esempio il Contraente ( Mario Rossi ) ha stipulato per se e per altre tre persone.

Premio da pagare

in rate **ANNUALI** (1) in scadenza 14/10 (2) di ogni anno

**PRIMA RATA:**

Premio netto	Accessori	Imposte	Totale (3)
1.129.085	227.013	33.902	1.390.000

**RATE SUCCESSIVE:**

Premio netto	Accessori	Imposte	Totale (3)
1.129.085	227.013	33.902	1.390.000

**DURATA DEL CONTRATTO**

dalle ore 24 del 14/10/1988 (4) alle ore 24 del 14/10/1989 (5)  
 prima quietanza 14/10/1989 (5)  
 per la durata di anni 1 mesi -- giorni -- (6)

**POLIZZA SOSTITUITA**

n. - (7) con scadenza rata il - (8); (\*)abbuono sul pr.netto L. (9)  
**INDICE I.S.T.A.T.** (10) (art. 21 C.G.A.)

Il pagamento di lire 1.390.000 a saldo della prima rata di premio e imposte e' stato effettuato il 14/10/1988 alle ore 9,15 in Roma Per l'Agenzia \_\_\_\_\_

- 1) Il tipo di frazionamento prescelto va riportato con l'indicazione "annuali" o "semestrali".
- 2) Giorno e mese di scadenza delle rate.
- 3) I premi netti, gli accessori, le imposte e i premi totali vanno riportati così' come desunti dalla tariffa.
- 4) Decorrenza e scadenza del contratto.
- 5) Scadenza della rata di premio successiva alla prima (giorno, mese, anno).
- 6) Durata della polizza: la durata contrattuale minima e' di anni uno e quella massima di anni cinque e non deve mai prevedere la frazione d'anno.
- 7) Numero della polizza sostituita preceduto dal codice agenzia.
- 8) Scadenza (giorno, mese, anno) della polizza sostituita.
- 9) Importo dell'eventuale abbuono riconosciuto sul premio netto della rata alla firma.
- 10) Indice ISTAT relativo all'anno di stipula del contratto (quale comunicato dalla Direzione della Società').

**QUANTO ASSICURIAMO**

(Trascrivere, per ogni Assicurato, nella corrispondente casella, la lettera che contraddistingue l'alternativa prescelta)

SOMME ASSICURATE (adeguabili ogni biennio - Art. 21 C.G.A.)			SOMME ASSICURATE (adeguabili ogni biennio - Art. 21 C.G.A.)		
ALTERNATIVA VALORI PER ASSICURATO	GLOBALI RICOVERI E DI CONVALESCENZA (1)	INDENNITA' DI DEGENZA (2)	ALTERNATIVA VALORI PER ASSICURATO	GLOBALI RICOVERI E DI CONVALESCENZA (1)	INDENNITA' DI DEGENZA (2)
N. 1 <b>A</b>	L. 50 milioni per anno (*)	L. 100.000 al giorno	N. 3 <b>E</b>	L. 50 milioni per anno (*)	L. ESCLUSA al giorno
N. 2 <b>A</b>	L. 50 milioni per anno (*)	L. 50.000 al giorno	N. 4 <b>E</b>	L. 50 milioni per anno (*)	L. ESCLUSA al giorno

(\*) Con franchigia come da Art. 18 C.G.A.      (1) Come da alternativa prescelta

E' la parte della quale risultano l'alternativa prescelta e le correlative somme assicurate : si raccomanda quindi la massima attenzione nella sua compilazione , rammentando che non sono ammissibili omissioni, cancellature o ribattiture.

Seguendo l'ordine con cui sono stati elencati i nominativi nel precedente riquadro **CHI ASSICURIAMO**, per ciascun assicurato, va indicato:

- 1) nella prima casella, la lettera che contraddistingue la specifica alternativa prescelta ;
- 2) nella seconda casella il massimale assicurato per la garanzia di base, espresso in numero di milioni ( 50.000.000 = 50 ) ;
- 3) nella terza casella, la somma assicurata per le garanzie complementari, se ricomprese nell'alternativa prescelta ( diversamente va indicato **ESCLUSO** ).

Nell'esempio, l'assicurato N.1 ( che corrisponde a Rossi Mario, indicato al N.1 nella parte **CHI ASSICURIAMO** ) ha scelto l'alternativa A con il massimale di 50 milioni per la **GALE RICOVERI** e la somma di L. 100.000 al giorno per la **INDENNITA' DI DEGENZA** e per la **INDENNITA' DI CONVALESCENZA** ; l'assicurato N.4 ( che corrisponde a Rossi Luca, indicato al N.4 nella parte **CHI ASSICURIAMO** ) ha scelto l'alternativa E con il massimale di L.50 milioni per la **GALE RICOVERI**.

Nell'esempio sono assicurate quattro persone: per ciascuna di esse la voce di tariffa da applicare sarà quindi quella "oltre tre persone" tenendo presente che il premio viene corrisposto in rate annuali.

Per Mario Rossi anni 36, che ha scelto l'alternativa "A" (GLOBALE RICOVERI+INDENNITA' DI DEGENZA per L. 100.000 al giorno + INDENNITA' DI CONVALESCENZA per L. 100.000 al giorno), il premio totale annuo è di L. 662.000

Per Bianca Rossi Rita, anni 35, che ha scelto l'alternativa "A" (GLOBALE RICOVERI+INDENNITA' DI DEGENZA per L. 50.000 al giorno + INDENNITA' DI CONVALESCENZA per L. 50.000 al giorno), il premio totale annuo è di L. 410.000.

Per Rossi Franca, anni 10, e Rossi Luca, anni 9, che hanno scelto l'alternativa "E" (GLOBALE RICOVERI), il premio totale annuo pro capite è di L. 159.000.

Il premio complessivamente dovuto per la polizza in esame sarà quindi di L. 1.390.000=(L.662.000+410.000+159.000+159.000) e dovrà essere riportato scomposto nelle voci "netto", "accessori", "imposte" e "totale".

Per ottenere detta scomposizione si dovrà procedere come segue:

- scomporre i premi di ogni singolo assicurato facendo riferimento alla tabella riportata sul retro della tariffa;
- aggiungere fra loro le cifre relative ad ogni singola voce così come dettagliato in appresso:

<u>PREMIO TOTALE = PREMIO NETTO + ACCESSORI + IMPOSTE</u>			
L. 662.000 =	L. 537.582 +	L. 108.272 +	L. 16.146
" 410.000 =	" 333.333 +	L. 66.667 +	L. 10.000
" 159.000 =	" 129.085 +	L. 26.037 +	L. 3.878
" 159.000 =	" 129.085 +	L. 26.037 +	L. 3.878
<hr/>			
<u>L. 1.390.000 =</u>	<u>L. 1.129.085 +</u>	<u>L. 227.013 +</u>	<u>L. 33.902</u>