

ASSO - Assicurazione Spese Sanitarie Ospedaliere

Norme che regolano il contratto

DEFINIZIONI

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

- Assicurazioni: 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 spa
- 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
- Franchigia: l'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato

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 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. 6 Proroga dell'assicurazione

La presente polizza cesserà alla scadenza pattuita senza obbligo di disdetta tra le Parti.

Art. 7 Oneri fiscali

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

Art. 8 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. 9 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. 10 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 paranoidi; l'assicurazione nei loro confronti cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 11 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 12 Oggetto dell'assicurazione

Tra le forme di garanzia delimitate nei sottoriportati punti 12.1, 12.2, 12.3 e 12.4 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".

12.1 Globale ricoveri

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata e previa deduzione della franchigia di cui all'Art. 13, rimborsa:

12.1.1 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.

12.1.2 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 12.1.1 e 12.1.2 non può superare la somma assicurata risultante indicata sul frontespizio del mod. 315/MIR.

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 spesa rimaste a carico dell'Assicurato, salvo l'applicazione di quanto previsto dall'art. 1910 Codice Civile ove ricorra il caso.

12.2 Globale interventi chirurgici

La Società, fino alla concorrenza della somma assicurata e previa deduzione della franchigia di cui all'Art. 13, 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 12.2 non può superare la somma annua assicurata risultante indicata sul frontespizio del mod. 315/MIR.

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.

12.3 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 » (**alternative 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.

12.4 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 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.13 Franchigie

La Società effettua il rimborso di quanto dovuto all'Assicurato in relazione alle forme di garanzia di cui agli art. 12.1 «Globale Ricoveri» e 12.2 «Globale Interventi Chirurgici» previa deduzione di una franchigia assoluta di € 2.580 per sinistro.

Detta franchigia, nei casi in cui l'Assicurato compri di essere ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, è ridotta ad € 1.545.

Art. 14 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a. per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3 "Pagamento del premio" ha effetto l'assicurazione;
- b. per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c. per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d. per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempreché non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, 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 alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Art. 15 Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione non è operante per le conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto.

L'assicurazione non è inoltre operante nei casi di:

- a. cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni comunque preesistenti alla stipulazione del contratto;
- b. cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- c. infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze anche gravi dell'assicurato);
- d. infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o psicofarmaci ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- e. infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti (solo che si tratti di prova di regolarità pura);
- f. aborto volontario o terapeutico;
- g. prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche od estetiche (salvo interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla stipula del contratto);
- h. cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortunio verificatosi successivamente alla stipulazione del contratto;
- i. spese per l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dall'art. 12 "Oggetto dell'assicurazione";
- j. malattie professionali, come definite dal D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione del contratto;
- k. conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;
- l. conseguenze dirette od indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche.

Sono inoltre escluse le ernie di qualsiasi tipo salvo che siano di origine traumatica.

Art.16 Indicizzazioni

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 di sotto 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. 17 Obblighi in caso di sinistro

La denuncia di cui all'art. 5 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. 18 Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato:

18.1 Per le prestazioni previste dalle forme di garanzia di cui ai punti 12.1 "GLOBALE RICOVERI" e 12.2 "GLOBALE INTERVENTI CHIRURGICI" dell'art. 12 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE":
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 apposi-

zione 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 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 Euro. Per i Paesi non aderenti alla moneta unica europea il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

18.2 Per le prestazioni previste dalla forma di garanzia di cui al punto 12.3 "INDENNITA' DI DEGENZA" dell'art. 12 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE" al termine del ricovero su presentazione di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante la durata del ricovero stesso.

18.3 Per le prestazioni previste dalla forma di garanzia di cui al punto 12.4 "INDENNITA' DI CONVALESCENZA" dell'art. 12 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE" al termine del periodo indennizzabile.

Art. 19 Controversie - arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per il territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.