

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

Mod. 43MIR ed. 01/2002

POLIZZA SPESE SANITARIE

DEFINIZIONI

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Indennizzo - Indennità:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
Intervento chirurgico :	intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonche' diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia
Istituto di cura :	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli istituti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia :	ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio
Malformazione – difetto fisico :	ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile
Polizza :	il documento che prova l'assicurazione
Premio :	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Ricovero :	la permanenza in istituto di cura con pernottamento.
Rischio :	la possibilità che si verifichi il sinistro
Sinistro :	il verificarsi del fatto dannoso per il quale e' stata prestata l'assicurazione
Società :	SARA assicurazioni spa
Stato patologico :	ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o 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 come previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata anche per conto altrui, gli obblighi derivanti dal presente contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 3 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'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, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

Fermo il disposto dell'Art. 13 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", 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 successive, 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 ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 5 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 6 - Proroga tacita dell'assicurazione - Periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione si stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. 7 - Oneri fiscali

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

Art. 8 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 9 - Disdetta in caso di sinistro

Dopo il terzo sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Il disposto dal presente articolo non è operante nel caso in cui la durata contrattuale pattuita sia pari od inferiore ad anni 5.

Art. 10 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza, alcolismo, sieropositività HIV o dalle seguenti infermità: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi; l'assicurazione nei loro confronti cessa con il manifestarsi di dette affezioni.

Art. 11 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 12 - Oggetto dell'assicurazione

La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato:

1) **In caso di intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio ed effettuato in istituto di cura (pubblico o privato) od in ambulatorio**, le spese documentate:

- a) per i relativi accertamenti diagnostici (compresi onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura o ambulatorio, nei 90 giorni precedenti all'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 o in un momento successivo all'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 autoambulanza 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 o per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuate nei 90 giorni successivi all'intervento stesso.

L'onere della Società per l'insieme delle prestazioni di cui alle precedenti lettere e) e f) non potrà superare il 10% del massimale assicurato.

2) **in caso di ricovero** in Istituto di cura (pubblico o privato), reso necessario da malattia od infortunio e che non comporti intervento chirurgico, le spese documentate :

di trasporto dell'assicurato in autoambulanza 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.

3) **in caso di:**

- **parto cesareo** avvenuto in istituto di cura (pubblico o privato): le spese documentate di cui al precedente punto 1) ed alle condizioni ivi stabilite;
- **parto non cesareo**, comportante ricovero in istituto di cura (pubblico o privato): le spese documentate di cui al precedente punto 2), comprese quelle ostetriche, fino all'importo massimo di € 200;
- **interventi sulle tonsille e/o su vegetazioni adenoidi effettuate su persone di età inferiore a 9 anni:** le spese documentate di cui al precedente punto 2), fino all'importo massimo di € 200.

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, ove ricorra il caso.

Nel solo caso di ricovero in luogo di cura e sempreché questo sia documentato, è data facoltà all'Assicurato di chiedere, in sostituzione integrale del trattamento di cui ai precedenti punti 1), 2), 3), la corresponsione di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 60 giorni, pari all'1 per cento del massimale garantito e comunque entro il limite massimo di € 40 giornaliere; tale facoltà non è però riconosciuta relativamente al rimborso delle spese per parto non cesareo od interventi su tonsille e vegetazioni adenoidi di persone di età inferiore ai 9 anni.

Art. 13 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui ai sensi dell'art. 4, ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, sempreché non conosciuti e/o non diagnosticati al momento di detta stipulazione: dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per il parto: dal 270° 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 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

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

Art. 14 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante nei casi di

- **interventi chirurgici o ricoveri che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o, nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, rispetto alle persone e alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte dei limiti di copertura eccedente quelli già in corso);**
- **aborto terapeutico o volontario;**
- **infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;**
- **infortuni derivanti dalla pratica di sport 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 conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato (intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato);**
- **cura 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;**
- **prestazioni aventi finalità dietologiche od estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla stipulazione del contratto);**
- **cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortunio verificatosi 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 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione del contratto;**
- **conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti;**
- **conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.**
- **sono inoltre escluse le ernie di qualsiasi tipo salvo che siano di origine traumatica.**

Art. 15 - Difesa dall'inflazione

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute, pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio di polizza (che corrisponde a quello di settembre dell'anno antecedente alla data di stipulazione del contratto) con l'indice del mese di Settembre dell'anno antecedente alla data di scadenza del premio, tenendo conto di eventuali mutamenti della base di calcolo nel frattempo adottata dall'ISTAT.

Il diritto all'adeguamento sorge solo quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 10%, in tal caso gli aumenti o le riduzioni sono applicati automaticamente in base alla variazione percentuale risultante dall'anzidetto raffronto. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo a riferimento l'ultimo indice che ha dato luogo ad effettivo adeguamento del premio.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, entrambe le Parti hanno la facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Art. 16 - Denuncia di sinistro e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 17 - Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

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

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

Art. 18 - 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 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 da 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 rifiuta firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.