



**POLIZZA
SPESE SANITARIE**



SARA

SARA assicurazioni spa
Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede e Direzione Generale: 00198 Roma - Italia, Via Po n. 20
Capitale Sociale L. 91.125.000.000 (i.v.) - Iscrizione Tribunale Roma n. 946/41
CCIAA Roma n. 117033 - C.F. 00408780583 - P. IVA 00885091009
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con
DMICA 26.8.1925 (G.U. 31.8.1925 n. 201)

raccolta delle condizioni che regolano il contratto di assicurazione

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 (artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ.).

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 gli stessi rischi; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 Cod. Civ.).

Art. 3 Pagamento del premio (Art. 1901 Cod. Civ.) 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 l'Assicurato non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati, in contanti, presso l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure presso la Sede della Società.

Art. 4 Modifiche dell'assicurazione Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 Aggravamento del rischio L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Cod. Civ.).

Art. 6 Diminuzione del rischio Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 Pagamento dell'indennizzo Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni.

Art. 8 Recesso 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 la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 Proroga dell'assicurazione In mancanza di disdetta, pervenuta all'altra parte con lettera raccomandata almeno 2 mesi prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente di anno in anno.

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 quello dell'Autorità Giudiziaria 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 e di infortunio 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.

Art. 14 Limiti di età L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 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 le persone affette da tossicodipendenza, alcoolismo od infermità mentali e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nelle modalità previste dall'art. 1898 Cod. Civ.

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

A) – FORMA “COMPLETA”

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 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% 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 ambulanza all'isti-

tuto 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 L. 400.000;
- **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 L. 400.000;

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 L. 80.000 giornalieri; 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.

B) - FORMA "INTEGRATIVA"

Salvo quanto precisato in appresso, la Società fornisce le medesime prestazioni previste per la forma "COMPLETA", peraltro in base alla dichiarazione resa dall'Assicurato nel questionario facente parte integrante della presente polizza, dichiarazione che lo impegna ad avvalersi sempre delle prestazioni (dirette od indirette) del Servizio Sanitario Nazionale ed in virtù della quale gli è stata applicata un tariffa ridotta. Pertanto:

- per le prestazioni a rimborso troverà in ogni caso applicazione il disposto del penultimo comma del precedente paragrafo A), restando espressamente convenuto che, qualora dalla documentazione presentata per il rimborso delle spese non risulti comprovato che nella fattispecie l'Assicurato si è effettivamente avvalso di dette prestazioni, il rimborso stesso spetterà solo per il 75% delle somme ammissibili a risarcimento;
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di cui all'ultimo comma del precedente paragrafo A), l'indennità giornaliera calcolata a norma di detto comma spetterà solo per il 75%

C) - FORMA "FORFETTARIA"

In caso di ricovero per malattia od infortunio dell'Assicurato in istituto di cura (pubblico o privato), la Società corrisponde - a partire dal quarto giorno successivo a quello del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione - l'indennità pattuita per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 120 giorni per ogni anno assicurativo. Non danno diritto ad indennità i ricoveri per parto non cesareo e quelli su tonsille e/o vegetazioni adenoidi effettuati su persone che non abbiano compiuto i 9 anni di età.

Per contro, se il ricovero è conseguente ad infarto miocardico acuto, tumore maligno, leucemia, ictus cerebrale, l'indennità spettante a termini di polizza viene corrisposta con una maggiorazione del 75%, limitatamente ai primi 30 giorni di degenza.

Art. 18 Termini di aspettativa - Sospensione della garanzia

Le garanzie sono operanti dalle ore 24:

- a) in caso di infortunio: dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione;
- b) in caso di malattia: dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, eccettuati i casi seguenti per i quali l'anzidetto termine normale di aspettativa si eleva al:
 - 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 comprovi che il concepimento è avvenuto dopo la data di effetto della garanzia;
 - 450° giorno per: affezioni croniche broncopolmonari, ulcere gastriche e duodenali, neoplasie mammarie e ginecologiche, varici ed emorroidi, calcolosi biliare e renale, 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 limiti di copertura eccedente quelli 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 dei limiti di copertura in essa previsti, i suindicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Art. 19 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 persone e alle garanzie introdotte a nuovo nonchè per la parte dei limiti di copertura eccedente quelli già in corso);
- aborto terapeutico e/o volontario;
- cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od uso di allucinogeni nonchè 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 o terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 17 paragrafo A), punto 1), lettera 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. 20 Limiti di copertura Fermo il disposto degli ultimi due comma dell'art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, nei casi di variazione in aumento nel corso dell'annualità assicurativa dei limiti annuali di copertura previsti dalla presente polizza o da polizze precedenti sostituite con la presente, per la residua frazione dell'annualità in corso la parte dei nuovi maggiori limiti annuali di copertura eccedente quelli precedenti (massimali di rimborso e/o numero dei giorni per i quali è prestata la garanzia) vale proporzionalmente alla durata della frazione stessa.

Se nella prima frazione dell'annualità nella quale hanno avuto vigore i precedenti limiti si fossero verificati sinistri che abbiano impegnato le garanzie in eccedenza dei limiti annuali precedentemente convenuti, ragguagliati in ragione di detta prima frazione, i limiti valevoli per la residua frazione di annualità, determinati ai sensi del comma precedente, vengono decurtati della eccedenza medesima. In ogni caso per i ricoveri iniziati prima della data di decorrenza della modificazione non spetterà più di quanto erogabile in base alle pattuizioni precedenti.

Art. 21 Indicizzazione I limiti di copertura ed il premio convenuti nel presente contratto sono soggetti ad adeguamento, in aumento o in diminuzione, 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% e 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.

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 disopra 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 Denuncia del sinistro – Obblighi relativi dell'Assicurato La denuncia, corredata da certificazione medica, deve essere presentata alla Società entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento, ovvero dal momento successivo nel quale l'Assicurato ne abbia la possibilità.

L'Assicurato o, in caso di morte dello stesso, i suoi eredi o aventi causa, devono fornire alla Società ogni informazione e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a sottoporsi agli accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dalla Società.

Art. 23 Criteri di liquidazione Il pagamento viene effettuato all'Assicurato od ai suoi eredi od aventi diritto, a cura ultimata, su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica e, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, semprechè dalle stesse risulti il periodo di degenza nel luogo di cura ovvero, in caso di prestazione ambulatoriale, il tipo di intervento chirurgico subito, nonché la connessione delle spese con detti eventi.

Gli originali presentati dall'Assicurato sono acquisiti dalla Società. Peraltro, se il rimborso delle spese documentate è liquidato dalla Società soltanto parzialmente, la Società stessa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per 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 al precedente art. 2, per la quale si applicherà quanto previsto dall'art. 1910 C.C.

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.

Art. 24 Controversie In caso di controversia sulla natura dell'evento o sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere se sia dovuto il rimborso o l'indennità ed in quale misura a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo e, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede 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.

NORME AGGIUNTIVE

I) – GARANZIA COMPLEMENTARE “A”

La Società rimborsa le rette per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per ciascuna persona assicurata e per ciascun anno assicurativo, fino alla concorrenza dell'importo giornaliero indicato in polizza.

II) – GARANZIA COMPLEMENTARE “B”

Qualora l'Assicurato, dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero che comporti un indennizzo a' sensi di polizza, durante la convalescenza domiciliare non possa attendere neppure parzialmente alle sue abituali occupazioni, la Società corrisponde la indennità indicata in polizza per tutto il periodo della sua inabilità totale, con il massimo di 180 giorni per anno assicurativo, a partire:

- dal giorno successivo a quello della dimissione dall'istituto di cura, qualora la durata del ricovero sia stata superiore a 60 giorni;
- dal 61° giorno successivo a quello del ricovero, se questo è stato di durata non superiore a 60 giorni.

L'indennità non spetta:

- a) alle persone che non abbiano compiuto 18 anni di età e/o che non svolgano stabilmente una professione autonoma ovvero un lavoro alle dipendenze di terzi, da documentarsi con idonee certificazioni;
- b) se la convalescenza domiciliare non avviene in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, anche se il ricovero si sia verificato in altre parti del mondo.

L'Assicurato deve inviare alla Società, ogni 30 giorni, certificati medici sul decorso della convalescenza, dai quali risulti l'assoluta impossibilità dell'Assicurato stesso ad attendere alle sue abituali occupazioni.

Per quanto non contemplato dalle sopra riportate norme aggiuntive valgono le norme generali e particolari di assicurazione.