

sara assicurazioni

Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

Sara Salute pronta

il contratto di assicurazione per la tutela della salute

Fascicolo Informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Modello 60SSP edizione 10/2012



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

NOTA INFORMATIVA – PRODOTTO SARA SALUTE PRONTA

(Regolamento ISVAP n° 35 del 2010)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza. Per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società www.sara.it

Informazioni relative all'Impresa

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 -FAX +39 06 8475223 -Sito Internet: www.sara.it -Indirizzo e-mail: info@sara.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2011

- Patrimonio netto: 347.554.000
- Capitale sociale : 54.675.000
- Totale delle riserve patrimoniali: 254.044.000
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 2,49 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

INFORMAZIONI SPECIFICHE SUL CONTRATTO - GARANZIE MALATTIA

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali.

Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione allegate al presente fascicolo.

Durata del contratto

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza; il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, Codice Civile. Art. B.5 Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione, della normativa di polizza.

Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

Indennità di degenza, convalescenza Art. A.1

Gessatura (garanzia accessoria) Art. A.1

Estensione di garanzia per il bambino non assicurato Art. A.2

Day hospital Art. A.3

Ricovero del coniuge non assicurato Art. A.4

Maggiorazione di degenza per infortunio che determini invalidità permanente grave Art. A.5

Indennità di degenza per il donatore e per accompagnatore, rispettivamente artt. A.6, A.7

La polizza prevede limitazioni ed esclusioni dalla copertura assicurativa o condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo agli artt. A.8 Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato, B.3 Premio, B.6 Persone non assicurabili, B.7 Rischi esclusi, B.9 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio, B.10 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

La Società provvede all'indennizzo di quanto dovuto a termini di polizza con le modalità ed i massimali di cui agli Artt. A.1 Indennità di degenza , convalescenza e gessatura, A.2 Estensione di garanzia per il bambino non assicurato, A.3 Day hospital, A.4 Ricovero del coniuge non assicurato, A.5 Maggiorazione dell'indennità di degenza in caso di infortunio che determini invalidità permanente grave, A.6 Indennità di degenza per il donatore, A.7 Indennità per accompagnatore, della normativa di polizza.

Nella normativa di polizza non è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Esempio di liquidazione indennizzo:

Esempio 1

Garanzia assicurata: Formula degenza e convalescenza Light

Sinistro:

Ricovero con durata di 15 giorni consecutivi (con dimissione il 16° giorno), prevista in cartella clinica la convalescenza.

Indennizzo per Indennità di degenza:

Somma assicurata primi 12 giorni € 25 al giorno : indennizzo € 300

Da 13° al 15° giorno somma assicurata € 40 al giorno: indennizzo € 120.

Totale indennità di degenza : € 420

Indennità di convalescenza:

Somma assicurata primi 12 giorni (il 50% della somma assicurata per indennità di degenza) € 12.5 al giorno : indennizzo € 150

Dal 13° al 22° giorno e mezzo (durata una volta e mezzo la durata della degenza) somma assicurata € 20 al giorno: indennizzo € 190

Totale convalescenza: € 340.

Totale indennizzo: € 760

Esempio 2

Garanzia assicurata: Formula degenza e convalescenza Light

Sinistro:

Ricovero con durata di 4 giorni consecutivi (con dimissione il 5° giorno), prevista in cartella clinica la convalescenza.

Indennizzo per Indennità di degenza:

Somma assicurata primi 12 giorni € 25 al giorno; applicazione di franchigia di tre giorni per ricoveri inferiori a giorni cinque (4 - 3=1) :

indennizzo € 25

Indennità di convalescenza:

Somma assicurata primi 12 giorni (il 50% della somma assicurata per indennità di degenza) € 12.5 al giorno per 1,5 giorni (durata una volta e mezzo la durata della degenza) : **indennizzo € 18,75.**

Totale indennizzo: € 43,75.

Esempio 3

Garanzia assicurata: Formula Light Gessatura

Sinistro:

Gessatura per giorni 30, no ricovero.

Indennità di gessatura € 25 per giorni 30 : **indennizzo € 750.**

Periodi di carenza contrattuale

La garanzia decorre dalle ore 24:

del giorno di effetto del contratto per gli infortuni;

del 270° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto;

del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione;

del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le altre malattie.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni, solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto del contratto.

Qualora il contratto venga emesso in sostituzione di un precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già comprese in detto precedente contratto e fino alla concorrenza delle somme assicurate in esso previste, i termini di carenza sopra indicati decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nel contratto precedente. Art. B.4 Decorrenza della garanzie e termini di aspettativa, della normativa di polizza.

Dichiarazione del contraente e/o assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, 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 del Codice Civile. Art. B.9 della normativa di polizza.

Si richiama anche l'Art. B.10 Altre assicurazioni, della normativa di polizza.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI RISPONDERE IN MANIERA PRECISA E VERITIERA ALLE "DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE" POSTE SUL RETRO DEL SIMPLO DI POLIZZA.

Aggravamento, diminuzione del rischio – cambiamento dell'attività professionale

Il contratto non prevede fattispecie di aggravamento o diminuzione del rischio.

Premio

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 4%.

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede l'adeguamento automatico (indicizzazione) del premio e delle somme assicurate.

Diritto di recesso

Il presente prodotto non prevede il recesso da parte della Società per sinistro. Art. B.12 Disdetta in caso di sinistro.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

Legge applicabile

Ai sensi dell'art. 180, del D. Lgs. n. 209/2005 per il presente contratto trova applicazione la legge italiana, quale legge dello Stato di ubicazione del rischio, salva la possibilità che le parti convengano di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato. In tal caso il diritto sostanziale applicabile, in caso di controversia, sarà quello della legislazione prescelta.

Regime fiscale

Il contratto prevede la garanzia malattia, per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Malattia: 2,50%

Liquidazione dell'indennizzo

Il sinistro insorge al verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia, nella presente polizza è il momento del ricovero e/o dell'applicazione della gessatura.

Sono previste in polizza modalità e termini per la denuncia del sinistro all'art. A.8 Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato, della normativa contrattuale.

Non è prevista visita medica. Non sono previste spese a carico dell'assicurato per l'accertamento del danno fatta eccezione di quelle per l'eventuale acquisizione della cartella clinica (ove richiesta) che rimangono a carico dell'assicurato. Non sono previsti termini minimi e massimi entro il quale la Società effettua gli accertamenti.

Per la liquidazione dell'indennizzo si rimanda all' Art A.9.Criteri di liquidazione delle indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital, della normativa contrattuale.

Assistenza diretta - convenzioni

La copertura assicurativa non viene prestata nella forma dell'assistenza diretta, è possibile però usufruire dei Centri convenzionati ("Centro convenzionato/specialista convenzionato" sul Glossario) con la Società.

L'elenco dei Centri/medici convenzionati ed eventuali aggiornamenti sono disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it o informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a SARA assicurazioni spa – Gestione Reclami, via Po 20, 00198 Roma, telefax 06/8475254, e-mail gest.reclami@sara.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. **Per la risoluzione delle liti transfrontaliere** il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'ISVAP, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. **In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Arbitrato

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri 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. Art. B.13 della normativa di polizza.

In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni mediche chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione: il contratto di assicurazione

Cartella clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale operativa: Centrale Salute: Centrale salute di Sara Assicurazioni, Viale Sarca 336, Milano 20126, cui presentare la richiesta di indennizzo. La Centrale osserva il seguente orario: lunedì - venerdì ore 08,00 - ore 18. Numero telefonico: 800.095.095; fax: 02 -66116082. La Centrale fornisce inoltre indicazioni in merito alle condizioni della presente polizza; informazioni sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri convenzionati.

Qualora variasse la Centrale operativa incaricata della gestione degli indennizzi, la Società provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Centrale (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura, medico specialista convenzionato con la Società.

L'elenco dei Centri e dei medici convenzionati può essere soggetto a variazioni. L'elenco ed eventuali aggiornamenti sono disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più ossa e/o articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

Frattura : Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità, completa o incompleta con o senza spostamento di frammenti. Frattura esposta: quando il moncone osseo perfora l'epidermide

Indennizzo – Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio: l'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 nonché 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.

Invalità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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.

Ricovero diurno (Day Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stata prestata l'assicurazione

Società: Sara Assicurazioni Spa

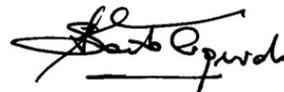
Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

NOTA INFORMATIVA – PRODOTTO SARA SALUTE PRONTA

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, la durata del contratto ed il recesso delle parti.

Sara Assicurazioni Spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Alessandro Santoliquido





sara assicurazioni

Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

Sara Salute pronta

Condizioni di assicurazione
Modello 91IM edizione 10/2012



Sara Assicurazioni Spa - Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia
Sede e Direzione Generale: Via Po, 20 - 00198 Roma - Capitale Sociale 54.675.000 i.v.
Iscrizione Tribunale di Roma n. 946/41 CCIAA Roma n. 117033 - CF. 00408780583 P.IVA 00885091008
Iscritta all'Albo delle imprese assicurative al numero 1.00018. Impresa autorizzata all'esercizio
delle assicurazioni DM CIA 26.8.1925 (G.U. del 31.8-1925 n. 201) Iscritta nell'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 001

INDICE

DEFINIZIONI	pag.	3
A) GARANZIE SALUTE	pag.	4
B) NORME GENERALI	pag.	6
CONDIZIONE PARTICOLARE SOCI ACI	pag.	9

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Cartella clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica (prossima e remota), terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa: Centrale Salute di Sara Assicurazioni, Viale Sarca 336, Milano, 20126, cui presentare la richiesta di indennizzo. Le Centrale osserva il seguente orario: lunedì – venerdì ore 08,00 – ore 18. Numero telefonico: 800.095.095; fax: 02 – 66116082; e-mail sarasalutepronta@sara.it. La Centrale operativa fornisce inoltre indicazioni in merito alle condizioni della presente polizza; informazioni sullo stato del sinistro; informazioni relative ai Centri convenzionati. **Qualora variesse la Centrale operativa** incaricata della gestione degli indennizzi, la Società provvederà a darne tempestivo avviso agli assicurati comunicando anche i riferimenti della nuova Centrale (verranno garantite le stesse fasce orarie del servizio), fermo restando la gestione degli indennizzi in corso.

Centro convenzionato/medico specialista convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura, medico specialista convenzionato con la Società. **L'elenco dei Centri e dei medici convenzionati puo' essere soggetto a variazioni. L'elenco ed eventuali aggiornamenti sono disponibili sul sito Internet della Società www.sara.it e/o informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.**

Contraente: il soggetto che stipula il contratto.

Franchigia: la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'assicurato.

Frattura : Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità , completa o incompleta con o senza spostamento di frammenti. Frattura esposta: quando il moncone osseo perfora l'epidermide

Gessatura: l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più ossa e/o articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

Indennizzo / indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: l'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 nonché 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, all'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.

Invalità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SARA SALUTE PRONTA

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.

Ricovero diurno (Day-Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: SARA assicurazioni spa.

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio.

A) GARANZIE SALUTE

Ai fini della copertura assicurativa sono valide le garanzie espressamente richiamate sul simplo di polizza mod. 901M, per le quali è stato pagato il relativo premio.

A.1 Indennità di degenza, convalescenza e gessatura

a) Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di **degenza**, determinata come da "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura" (Formula "Light", "Plus") riportata all'art. A.9, "Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital", per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal quarto giorno di ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. Pertanto, qualora il ricovero abbia una durata pari o inferiore a tre pernottamenti, non si farà luogo ad indennizzo. **Se invece il ricovero ha una durata pari o superiore a cinque pernottamenti consecutivi l'indennità è dovuta a partire dal primo giorno di ricovero,** fermo restando che ai fini del computo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno.

In caso di **convalescenza, prevista da cartella clinica**, successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. **La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente capoverso, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.**

b) Qualora sia stata selezionata in polizza la garanzia **gessatura**, se l'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca l'applicazione di gessatura, la Società provvede al pagamento per ogni giorno di gessatura di un'indennità giornaliera pari all'importo indicato nella "Tabella indennità di degenza, convalescenza e gessatura" suindicata. L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura, se non vi è stato ricovero, o dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura, se vi è stato ricovero, per un massimo di 40 giorni per annualità assicurativa. L'indennità di gessatura, se coesistente con l'indennità di convalescenza, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire l'importo maggiore.

In caso di frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura (vedi definizioni) ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita, per una durata prefissata di giorni venti. Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione del presente disposto, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole).

A.2 Estensione di garanzia per il bambino non assicurato

In caso di ricovero e/o gessatura, conseguenti a malattia o infortunio, del bambino nato in corso di polizza da gravidanza che abbia avuto inizio successivamente alla stipula del contratto e qualora siano assicurati in polizza entrambi i genitori, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo per le stesse garanzie e negli stessi limiti previsti per la madre. La garanzia è valida purché sia stato pagato il premio di polizza. **Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.**

A.3 Day hospital

La Società, corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato **per la sola degenza**, a condizione che dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto senza soluzione di continuità per un periodo non inferiore a tre giorni; **se invece il ricovero diurno ha una durata pari o superiore a cinque giorni consecutivi** l'indennità spetta dal primo giorno del ricovero diurno fino al giorno della dimissione compreso, con un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa. Nel caso in cui l'Istituto di cura non effettui day hospital nei giorni festivi e/o nel fine settimana (sabato e domenica), tali giorni non rilevano ai fini dell'interruzione della continuità del ricovero diurno. Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

A.4 Ricovero del coniuge non assicurato

In caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da malattia od infortunio indennizzabili a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa. Non sono applicabili al coniuge le garanzie di convalescenza, gessatura né le indennità previste agli artt. A.3 Day hospital, A.5 Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente Grave, A.6 Indennità di degenza per donatore e A.7 Indennità per Accompagnatore.

A.5 Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

A.6 Indennità di degenza per donatore

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità determinata come da precedente art. A.1 Indennità di degenza, convalescenza e gessatura, senza applicazione di franchigia iniziale.

A.7 Indennità per Accompagnatore

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero. **La presente indennità è calcolata con l'applicazione della franchigia come previsto all'art. A.1 per l'Indennità di degenza.**

A.8 Denuncia di sinistro ed obblighi dell'assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato intenda richiedere un' indennità di degenza, convalescenza, gessatura o day hospital, deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure alla Sede della Società o alla Centrale salute, quanto prima possibile, fermi restando i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 c.c. La denuncia dovrà essere corredata da certificazione medica.

In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa.

In caso di infortunio, 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 modalità di accadimento.

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

Tutta la documentazione necessaria deve essere inviata all'Agenzia dove è stata stipulata la polizza od alla Sede legale della Società o alla Centrale Salute.

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 c.c.

A.9 Criteri di liquidazione delle Indennità di degenza, convalescenza, gessatura e day hospital

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SARA SALUTE PRONTA

Nei termini previsti all'art. A.1 Indennità di degenza, convalescenza e gessatura:

- La Società corrisponde per il ricovero o gessatura un'indennità pari agli importi indicati nella sottostante "Tabella Indennità di degenza, convalescenza e gessatura", corrispondenti alla Formula prescelta dall'Assicurato ed indicata sul simplo di polizza mod. 90IM.
- La Società, in caso di convalescenza o day hospital, corrisponde un'indennità in misura del 50% dell'importo assicurato per la degenza.
- Nel caso previsto dall'art. A.5 Maggiorazione dell'Indennità di degenza in caso di Infortunio che determini una Invalidità Permanente grave, la maggiorazione prevista verrà corrisposta al consolidarsi dei postumi di Invalidità permanente.
- Nel caso previsto all'art. A.6 Indennità di degenza per donatore, il rimborso delle spese sostenute per l'accompagnatore verrà effettuato dietro presentazione delle fatture o ricevute in originale, debitamente quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagato. Le fatture o le ricevute verranno restituite, successivamente alla liquidazione del sinistro, previa apposizione del timbro di pagamento da parte della Società indicante la data di liquidazione e l'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro. Per paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Il pagamento delle indennità viene effettuato al termine del ricovero (o day hospital) su presentazione della copia conforme all'originale della cartella clinica. La documentazione verrà restituita all'Assicurato successivamente alla liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, l'Assicurato deve sempre consentire alla Società tutte le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari. Il pagamento dell'indennità di gessatura viene effettuato al termine del periodo indennizzabile e su presentazione di idonea certificazione medica.

GIORNI DI RICOVERO CONSECUTIVI	FORMULA "Light"	FORMULA "Plus"
Fino a 12	€ 25	€ 50
Da 13 a 20	€ 40	€ 80
Da 21 a 45	€ 50	€ 100
Da 46 fino a 180	€ 75	€ 150
Gessatura	€ 25	€ 50

B) NORME GENERALI

B.1 Persone assicurate

L'Assicurazione vale per l'Assicurato nominativamente indicato nel simplo di polizza mod. 90IM, che al momento della stipula della polizza risulti regolarmente assicurabile in quanto non rientrante nelle fattispecie previste dall'art. B.6 "Persone non assicurabili"

B.2 Somme assicurate

Le somme assicurate, corrispondono alle Formule prescelte e riportate sul frontespizio di polizza mod. 90IM e rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola annualità assicurativa.

B.3 Premio

Il premio annuale indicato nel frontespizio di polizza mod. 90IM, calcolato con riferimento all'età dell'Assicurato, è convenuto per la durata del contratto prevista nello stesso frontespizio. In caso di mancato rinnovo del contratto ai sensi dell'art B.5. "Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione" la garanzia cessa automaticamente alla scadenza.

Alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza mod. 90IM, qualora l'età raggiunta a tale data, anche da uno solo degli assicurati, comporti in base alla tariffa vigente un premio diverso da quello inizialmente pattuito, la Società può richiedere l'adeguamento del premio mediante comunicazione della variazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

La variazione si intende accettata dal Contraente in caso di proroga tacita del contratto ai sensi dell'art. B. 5 "Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione".

Fermo quanto disposto dall'art. B.4 "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 di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del

quindicesimo giorno dopo quella 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 c.c.

B.4 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui, ai sensi dell'art. B.3 "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 sempre che 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.

B.5 Durata del contratto e proroga tacita dell'assicurazione

La durata del contratto è indicata nel frontespizio di polizza mod 90IM.

Fermo restando quanto previsto dall' art. B.3 "Premio", il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così di anno in anno , salvo in caso di disdetta comunicata da una delle parti all'altra mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il rinnovo tacito non si applica ai contratti di durata inferiore ad un anno.

B.6 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV. L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

B.7 Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante nei casi di :

- interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital 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, o di sostituzione con polizza mod 90IM di polizze precedenti , rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)
- aborto volontario non terapeutico
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci , ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;
- infortuni conseguenti ad abuso di alcolici , nonché all'uso di psicofarmaci , stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse all'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso)
- suicidio e tentato suicidio
- infortuni derivanti :
 - dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici

- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti.
- cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni, comprovati da certificazione del Pronto Soccorso, o neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide
- malattie professionali, come definire dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- conseguenze derivanti da guerre , insurrezioni , movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche

B.8 Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

B.9 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/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 cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c.**

B.10 Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato **deve comunicare per iscritto alla Società l'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 ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

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

B.11 Modifiche dell'assicurazione

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

B.12 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente 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; la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di rischio non corso.

Non è prevista la disdetta per sinistro da parte della Società.

B.13 Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri 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 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.

B.14 Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

B.15 Oneri fiscali

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

B.16 Rinvio alle norme di legge

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

B.17 Mediazione

Ogni controversia nascente o comunque collegata a questo Contratto dovrà, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n. 28 del 4 marzo 2010, se ed in quanto applicabile, preliminarmente essere oggetto di un tentativo di composizione che si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione di seguito indicati e di volta in volta scelto dalla parte richiedente.

La sede del tentativo sarà quella principale o quella distaccata dell'Organismo prescelto. Si applicherà al tentativo il Regolamento di Mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo Internet dell'Organismo prescelto. La scelta da parte del contraente, o del beneficiario del contratto ovvero di Sara, di un Organismo di mediazione diverso da quelli indicati costituirà per l'altra parte giustificato motivo di mancata partecipazione al tentativo di composizione. Sara potrà integrare l'elenco sotto riportato di organismi di mediazione mediante pubblicazione in forma telematica di elenchi aggiornati sul sito internet www.sara.it.

Elenco degli organismi di mediazione:

- 1) Camere di conciliazione presso le Camere di Commercio italiane (www.camcom.gov.it)
- 2) ADR Center (www.adrcenter.com)
- 3) IFOAP Concilia (www.ifoapconcilia.it)

CONDIZIONE PARTICOLARE SOCI ACI

In caso di sinistro, qualora il Contraente sia socio dell'ACI e l'associazione sia in essere, senza interruzione, da una data anteriore alla prima scadenza annuale della presente polizza, verrà corrisposta una maggiorazione del 5% sull' Indennità di degenza, convalescenza e gessatura.

L'Assicurato al momento della denuncia di sinistro (o comunque nella fase di richiesta di presa in carico con pagamento diretto) dovrà fornire documentazione che attesti l'appartenenza del Contraente al Club ACI come sopra determinata.