

6

Malattia aziende / standard Sfirs

condizioni generali di assicurazione

contratto di assicurazione malattia rimborso spese mediche

ed. Dicembre 2012



Norme generali

Art. 1| Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (del Socio Ordinario in caso di sottoscrizione della Cassa di assistenza Assicurazioni) o dell'Assicurato (del Socio Beneficiario in caso di sottoscrizione della Cassa di assistenza Assicurazioni) 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 C.C.

Art. 2| Altre assicurazioni

deve essere informata, ai sensi dell'art. 1910 C.C. di tutte le polizze stipulate successivamente dal Contraente (dal Socio Ordinario in caso di sottoscrizione della Cassa di assistenza Assicurazioni) per lo stesso rischio.

Art. 3| Pagamento del premio

Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 24 - "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. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o dal Socio Beneficiario alla Cassa di Assistenza Assicurazioni. In caso di sottoscrizione da parte di quest'ultima.

Se il Contraente (il Socio Ordinario in caso di sottoscrizione della Cassa di assistenza Assicurazioni) 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 C.C.

Art. 4| Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5| Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro

Le parti rinunciano a recedere dal contratto in caso di sinistro.

Art. 6| Anticipata risoluzione dell'assicurazione

Fermo quanto stabilito dal precedente art. 5 - "Rinuncia al diritto di recesso in caso di sinistro", negli altri casi di anticipata risoluzione dell'assicurazione previsti dalla legge, è dovuto ad , oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

Art. 7| Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta da una delle parti mediante lettere raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originale, ma non superiore a un anno e così successivamente.

Art. 8| Assicurazione per conto altrui - titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato (o dal Socio Ordinario o dal Socio Beneficiario), così come disposto dall'Art. 1891 C.C.

Art. 9| Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente (del Socio Ordinario in caso di sottoscrizione della Cassa di assistenza Assicurazioni).



Art. 10| Foro competente

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

Art. 11| Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12| Rinuncia al diritto di rivalsa

rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'Art. 1916 C.C.

Garanzia base

Art. 13| Ricoveri, interventi e day hospital

Nel caso di:

- ↘ - ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- intervento chirurgico terapeutico senza ricovero reso necessario da malattia o infortunio;
- ↗ - parto o aborto terapeutico, comportanti ricovero;
- garantisce fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le prestazioni indicate nei paragrafi:
 - Prima del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero;
 - Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero;
 - Dopo il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero.
- garantisce inoltre le prestazioni:
 - "Indennità sostitutiva";
 - "durante il day hospital e il day surgery".

PRIMA del ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nel periodo dei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico;
- b) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero, fino alla concorrenza di 2.700€ anno/nucleo.

DURANTE il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero

rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- c) onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
 - d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- Indennità sostitutiva senza limite di 400€** (In caso di terapia intensiva il limite è elevato a 700€);
- f) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore per l'importo e il numero di giorni indicati in polizza;
 - g) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
 - h) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso,



- per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- i) in caso di parto indennizzabile a termini di polizza le spese fino alla concorrenza dell'importo indicato in polizza per:
- interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati nei primi 60 giorni di vita rese necessarie da malattia anche congenita e/o da malformazioni, difetti fisici o da infortunio;
 - interventi chirurgici sul feto;
- j) le cure dentarie e l'applicazione di protesi dentarie (comprese il costo di quest'ultime) rese necessarie a seguito di neoplasie o infortunio documentato da referto di pronto soccorso o di ricovero. Relativamente al costo delle protesi dentarie in caso di neoplasie benigne o di infortunio, la garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per persona e per anno assicurativo, purché le spese siano effettuate durante la validità del contratto e comunque entro 360 giorni dall'infortunio o dal ricovero.

Indennità sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad alcun rimborso relativo a spese "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero", ... corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di 150€ al giorno con il massimo di 300 giorni/anno. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata.

In caso di day hospital la somma assicurata è ridotta del 50%.

In caso di parto viene corrisposta un'unica indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

In caso di parto fisiologico avvenuto presso il domicilio dell'assicurata viene corrisposta la somma a forfait di 300€.

L'indennità non è soggetta all'applicazione di alcuna franchigia.

DOPO IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO

rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- k) il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il rientro al domicilio al momento della dimissione fino alla concorrenza di 2.700 €/anno/nucleo;
- l) esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nel periodo di 100 giorni successivo alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico;
- m) l'acquisto o il noleggio fino ad un massimo di 550 € per anno e per persona, effettuati nel periodo di 100 giorni successivo al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o intervento chirurgico, dei seguenti apparecchi ortopedici:
- stampelle, carrozzina, corsetti e tutori;
 - di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, comunque esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista.

Durante il day Hospital (e il day surgery)

In caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che rendano necessari trattamenti terapeutici in day hospital, ... rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato durante la sola degenza per:

- n) accertamenti diagnostici;
- o) assistenza medica e infermieristica;
- p) trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- q) medicinali;
- r) trattamenti terapeutici per neoplasie;



Giornate di degenza

La garanzia viene prestata fino alla concorrenza del massimale di 2000 giornate con il limite massimo di 30 giorni e per non più di 2 eventi per anno assicurativo.

Day Surgery: in caso di intervento chirurgico in day hospital vale quanto previsto dai punti precedenti.

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto ad alcuni rimborsi relativi a spese di cui sopra, corrisponde un'indennità sostitutiva pari al 50% dell'importo indicato come indennità sostitutiva.

Massimali

Per l'insieme delle prestazioni garantite dal presente articolo (Ricoveri, interventi e day hospital) la copertura è prestata con il massimale di 200.000€ per anno Assicurato. Per i seguenti eventi sono operanti i limiti di indennizzo per persona e per evento:

3.200 euro per parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);

6.400 euro per parto con taglio cesareo e per aborto terapeutico;

5.300 euro per emie (salvo quelle fisiologiche) e varici ed emorroidi;

8.000 euro per ernie discali.

Scoperto e franchigia

Per i limiti di indennizzo contrattualmente previsti, il rimborso delle spese relative alle prestazioni previste dalla lettera a) alla lettera m) dell'art.14 - "Ricoveri, interventi e day hospital" viene effettuato con le seguenti modalità a seconda se l'assicurato si sia rivolto:

a) a strutture sanitarie e medici non convenzionati con ASSISTANCE o non si sia avvalso del Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie con esso convenzionate, viene effettuato nella misura del 75% delle spese effettivamente sostenute rimanendo il restante 25% con il minimo di 1.500 euro a carico dell'Assicurato (esclusi i casi di infortunio transitante presso Pronto soccorso);

a) a strutture sanitarie e medici convenzionati con ASSISTANCE o si sia avvalso del Servizio Sanitario Nazionale e delle strutture sanitarie con esso convenzionate, viene effettuato integralmente.

Art. 14 | Prestazioni sanitarie assistenziali

In caso di infezione H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), la parziale deroga dell'articolo 27 - "Persone non assicurabili" - rimborsa fino a concorrenza di 16.000 euro le spese sostenute dall'Assicurato per il periodo massimo di 120 giorni dalla prima manifestazione della malattia, previste dalle garanzie "Durante il ricovero o intervento chirurgico senza ricovero" o "Durante il day hospital".

Trascorso detto termine l'assicurazione cessa di avere efficacia.

Garanzie extra ricovero

Art. 15 | Visite ed analisi

L'Assicurato rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di 1.600€ per anno assicurativo, le spese per:

- onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia, escluse quelle odontoiatriche;
- onorari relativi a visite mediche rese necessarie da infortunio. Le cure dentarie e delle parodontopatie sono comprese purché l'infortunio sia comprovato da referto di pronto soccorso. Sono comunque escluse le protesi dentarie;
- esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio;
- successivamente al parto e fino al sottolimito di 300€ per evento: onorari per visite mediche, cure, esami di laboratorio.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, lasciando il rimanente 20% con il minimo di 25€ non indennizzabile indicato in polizza a carico dell'Assicurato, per:

ogni visita medica;



ogni serie di accertamenti diagnostici, ed ogni ciclo di cure, previsto da un'unica prescrizione medica con il massimo di tre prestazioni.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket corrispondenti alle spese di cui sopra saranno rimborsati integralmente.

Art. 16 | Alta specializzazione

rimborso all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di 1.600€ per anno assicurativo, le spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio qui di seguito espressamente elencate:

- a) Angiografia; Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler); Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.); Scintigrafia; Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.); Ecocardiografia; Ecocardi Doppler; Elettrocardiogramma dinamico (Holter); Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.); Test Ergometrico; EEG Mapping; Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonoscopia (anche se accompagnate da prelievo biptico); Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore; Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler; Fluoroangiografia oculare; Elettromiografia (EMG); Broncoscopia; Cistoscopia; Studio urodinamico.
- b) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;
- c) trattamenti fisioterapici e rieducativi dell'Assicurato purché effettuati nei 360 giorni successivi alla data dell'infortunio o alla cessazione del ricovero nel caso di malattia.

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 25€ non indennizzabile indicato in polizza a carico dell'Assicurato, per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamento terapeutico previsto da un'unica prescrizione medica.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale i ticket corrispondenti alle spese di cui sopra saranno rimborsati integralmente.

Garanzie accessorie

Art. 17 | Cure omeopatiche

rimborso all'Assicurato, fino alla concorrenza di 1.070€ per anno assicurativo, le spese per prestazioni sanitarie relative a cure omeopatiche rese necessarie da malattia o infortunio, purché effettuate da personale medico.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 150€.

Art. 18 | Protesi ortopediche ed acustiche

rimborso all'Assicurato, fino alla concorrenza di 2.400€ euro per anno assicurativo, le spese per prestazioni sanitarie relative a protesi ortopediche ed acustiche rese necessarie da malattia o infortunio.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 150€.

Art. 19 | omissis

Art. 20 | Cure odontoiatriche

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 25 - "Esclusioni", rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di 2.000€ anno, le spese per prestazioni sanitarie relative a cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le paradontopatie).

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 150€.



Art. 21 | Lenti ed occhiali

... rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di 500€ per anno assicurativo, le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 90% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 10% a carico dell'Assicurato con il minimo di 50€.

Art. 22 | Assistenza infermieristica domiciliare

... rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica domiciliare immediatamente successiva a ricovero, reso necessario da infortunio o malattia, fornita da personale infermieristico professionale, per un periodo massimo di 30 giorni dalla data di cessazione del ricovero e con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo e per persona, fino a concorrenza dell'importo giornaliero convenuto di 50€.

Art. 23 | Diaria da gessatura

In caso l'Assicurato sia soggetto a gessatura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini del presente contratto, ... corrisponde la diaria di 50€, a partire dal giorno successivo all'applicazione della gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa, per il periodo massimo di 30 giorni per evento.

In caso l'Assicurato riporti la frattura delle costole, del bacino e/o delle vertebre, radiograficamente accertata e non comportante gessatura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ... corrisponde, la diaria prevista per un periodo massimo di 10 giorni.

Limitazioni

Art. 24 | Termini di aspettativa

Fino a quanto previsto dall'articolo 3 ... Pagamento del premio, le garanzie della presente polizza sono valide dalle ore 24.

... del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni occorsi successivamente a tale data.

... dal 30° giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie.

... del 120° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici insorti secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza o all'inserimento in garanzia.

... del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le varici, le emorroidi e il parto.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e per l'abbono terapeutico, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 120 giorni, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Quando la polizza sia stata emessa in sostituzione o in prosecuzione di altra con la medesima società - senza soluzione di continuità - riguardando gli stessi Assicurati o contone, garanzie, gli anzidetti termini operano:

... dal giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti.

... dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa suddetto dipende dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni.

Art. 25 | Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

1) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze;

2) le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a per-



- pressione, stati d'animo, tumulti d'animo mentali, ivi compresi quelli comportamentali, (compresi da DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)).
- 3) le prestazioni sanitarie e le cure per l'infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- 4) il aborto volontario non terapeutico;
- 5) le visite e gli accertamenti in gravidanza quando non siano essi necessari da uno stato patologico della gestante;
- 6) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool o di aduso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- 7) gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci, se il malato non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- 8) gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da un'istepilite non dell'Assicurato;
- 9) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose condotte o tentate dall'Assicurato, intencionandosi, invece compresi quelli commessi in conseguenza di inebriazione o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- 10) gli infortuni causati dalla pratica di sport acrobatici in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
- 11) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto salvo quanto previsto per i neonati;
- 12) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di malformazioni, salvo quanto previsto per i neonati e salvo le malformazioni di cui l'Assicurato o il portatore in corso;
- 13) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 14) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, essi necessari da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo, o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso, purché verificato durante la validità del contratto);
- 15) le protesi dentarie, nonchè le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie, salvo quanto previsto dalla lettera "c" dell'articolo 13 - "Ricoveri, interventi e Day Hospital", dalla lettera "b" dell'articolo 15 - "Visite e analisi", nonchè da garanzia specifica "Cure odontoiatriche");
- 16) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonchè quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 17) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali, provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche, fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici (raggi X ecc.);
- 18) le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto dall'articolo 28 - "Eventi naturali catastrofici");
- 19) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni (salvo quanto previsto dall'articolo 29 - "Rischio di guerra");
- 20) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressivi, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 21) le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, fitopimone, dietetone e termali (salvo per queste ultime quanto previsto nel punto "c" dell'art. 13 - "Ricoveri, interventi e day hospital", dopo il ricovero), trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero;
- 22) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante simili;
- 23) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche o quelle chirurgiche, legati a disturbi d'identità sessuale;

Art. 26 | Limite d'età

L'assicurazione vale sino al compimento del 75° anno di età e comunque non oltre la successiva scadenza



annuale del premio per le persone che raggiungano tale limite di età.

Art. 27| Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.)), sieropositivi (Virus dell'H.I.V.).

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi (fermo restando quanto previsto dall'Art. 14 - "Prestazioni sanitarie assistenziali").

Estensioni

Art. 28| Eventi naturali catastrofici

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del comune ove è fissata la sua residenza.

Art. 29| Rischio di guerra

La garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarato o non dichiarato) o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni, dal inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra ed insurrezione popolare) che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 30| Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Come attivare le prestazioni

Premesso che, per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi a:

- a) strutture sanitarie private o pubbliche e medici convenzionati con /
- b) strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate e medici non convenzionati con /
- c) strutture sanitarie private o pubbliche e medici non convenzionati con /
- d) Servizio Sanitario Nazionale.

Di comune accordo tra le Parti, si precisa che per la gestione dei sinistri relativi a tutte le prestazioni previste in polizza, si può avvalere del servizio di Inter Assistance S.p.A. - Via S. ... di seguito denominata "Assistance".

Numero Verde ... per chiamate dall'Italia
Tel. +39 02 ... per chiamate dall'Estero
Fax +39 02 ...

Art. 31| Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con / Assistance

Nel caso di ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, si avvale per la gestione dei sinistri del servizio di Inter Assistance S.p.A. - Via S. ... di seguito denominata "Assistance", per il cui tramite esclusivo ha stipulato specifica convenzione con Istituti di cura, centri diagnostici e medici convenzionati.

All'Assicurato (nonchè al Contraente - al Socio Ordinario) viene rilasciato l'elenco degli istituti di cura e dei centri diagnostici convenzionati che ha carattere puramente informativo, poiché, successivamente alla



stampa dello stesso possono verificarsi delle variazioni; in caso di necessità l'Assicurato dovrà chiedere conferma ad AXA Assistance sia per gli istituti di cura e centri diagnostici che per i medici convenzionati.

Eventuali modifiche negli accordi con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati (ad esempio l'eventuale cessazione di convenzioni) non possono essere invocate dall'Assicurato o dal Contraente o dal Socio Ordinario come motivo di anticipare risoluzione del contratto di assicurazione.

Gli Assicurati nonché il Contraente - Socio Ordinario riconoscono espressamente che AXA Assistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

Pertanto l'Assicurato o il Contraente - Socio Ordinario prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Laschiando invariati la portata e i limiti delle condizioni di polizza, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tale caso verrà comunicata all'Assicurato o al Contraente - Socio Ordinario la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Art. 32 | Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente - Socio Ordinario deve darne avviso scritto di immediato adempimento ad AXA Assistance entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'articolo 1913 c.c.

L'Assicurato, qualora intendeva ricorrere alle strutture sanitarie e medici convenzionati, deve preventivamente contattare telefonicamente la centrale operativa di AXA Assistance che formalizzerà la denuncia di sinistro e che, previa verifica della posizione amministrativa e di non aver provveduto ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso la struttura sanitaria prescelta.

Nel caso di ricovero od intervento chirurgico in strutture sanitarie convenzionate - salvo i casi di comprovata urgenza - al fine di agevolare le procedure per il ricovero occorre contattare la centrale operativa di AXA Assistance con un preavviso di almeno 48 ore.

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo "Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo".

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari, nonché, su richiesta di AXA o di AXA Assistance, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche.

Art. 33 | Criteri di liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

1.) Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con AXA Assistance

Qualora l'Assicurato abbia fatto ricorso alle strutture sanitarie e medici convenzionati, previa autorizzazione della Centrale Operativa di AXA Assistance, in caso di:

- Ricovero, day hospital, o intervento chirurgico senza ricovero, l'Assicurato dovrà pagare, in nome e per conto dell'Assicurato, le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto (forme eventuali franchigie o limiti di indennizzo).

- Prestazioni sanitarie senza ricovero (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie) resterà a carico dell'Assicurato, solamente l'eventuale scoperto, franchigia o coesistenza rispetto al massimale previsto dal contratto. AXA Assistance, al fine dell'autorizzazione ad effettuare la visita in convenzione, si riserva di chiedere preventivamente copia della prescrizione del medico curante con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi. Il pagamento che AXA Assistance, avrà effettuato ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati, sottrarrà, in stessa misura, nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi, possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto AXA Assistance abbia già corrisposto.

Qualora si dovesse successivamente appurare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inefficienza o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare ad AXA Assistance le somme che questa, per il limite di AXA Assistance, abbia corrisposto ai istituti di cura.



centri diagnostici o medici convenzionati. Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato mediante lettera raccomandata e lo stesso sarà tenuto a restituire detto somme indebitamente liquidate per il tramite di AXA Assistance, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottempererà nei tempi previsti la quanto sopra, AXA Assistance si riserva il diritto di agire giuridicamente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

2) Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Assistance e di medici non convenzionati con AXA Assistance

Qualora l'Assicurato in caso di Ricovero, day hospital, o intervento chirurgico senza ricovero, ritenga di avvalersi delle strutture convenzionate e di medici non convenzionati, fermo quanto previsto dal punto 1, dovrà provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati con AXA Assistance e successivamente chiederne il rimborso direttamente ad AXA Assistance.

L'Assicurato o i suoi familiari devono pertanto far pervenire direttamente o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza ad AXA Assistance gli originali delle fatture, note e ricevute quietanzate relative ai professionisti non convenzionati.

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute verrà effettuato direttamente da AXA Assistance con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto "3".

3) Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con Assistance o corresponsione di diarie

Qualora l'Assicurato ritenga di non avvalersi delle strutture convenzionate con l'Assistance e non utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese sanitarie sostenute verrà effettuato con le seguenti modalità.

In caso di:

Ricovero, day hospital, o intervento chirurgico senza ricovero, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, note e ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa.

Prestazioni sanitarie senza ricovero (visite mediche specialistiche, esami, eco, analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie, acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesici o fisioterapie) alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e gli originali delle note, fatture o ricevute quietanzate.

Prestazioni sanitarie in caso di infortuni, senza ricovero alla richiesta di rimborso vanno allegati il referto del pronto soccorso, il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e gli originali delle note, fatture o ricevute quietanzate.

Spese di trasporto, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali comprovanti le spese sostenute.

L'Assicurato o il Contraente, Solo ordinario devono far pervenire direttamente ad AXA Assistance la suddetta documentazione relativa alla garanzia interessata dal sinistro, inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma del precedente articolo, obblighi in caso di sinistro, devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria completa e relativa referenti di merito.

AXA Assistance, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni. AXA Assistance restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle note, fatture o ricevute per ottenere il rimborso, il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura dell'ultima in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il ricovero, day hospital o l'intervento chirurgico senza ricovero, dell'Assicurato avvenga integral-



mente o parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche od Istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale. Assistance provvederà a rimborsare le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'Indennità Sostitutiva.

In tal caso l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento di dette spese, e successivamente chiederne il rimborso delle stesse con le modalità previste del precedente punto "3" del presente articolo.

5) Richiesta dell'Indennità sostitutiva

Qualora in caso di ricovero di cura ospedaliera o intervento chirurgico senza ricovero l'Assicurato sia già in possesso dell'Indennità sostitutiva, lo stesso o i suoi familiari devono far pervenire direttamente ad Assistance copia conforme della cartella clinica completa. Inoltre, se richiesto a norma del 4° comma del precedente articolo, Obbligati in caso di sinistro, devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria completa, relativi referti clinici. Assistance, verificata l'operatività della garanzia, riceveuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'Indennità che, risultando dalla comunicazione all'interessato e avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni. Il pagamento dell'Indennità viene effettuato, a cura dell'Ente, in Italia e in valuta corrente, anche per l'Indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

L'Indennità sostitutiva non è soggetta all'applicazione di alcuna franchigia.

Art. 34 | Controversie: arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto di comune accordo tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di nomina una per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente tra le Parti, in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa sia in caso 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Le prestazioni di assistenza

Art. 35 | Gestione delle prestazioni di assistenza tramite Assistance

La gestione del servizio di assistenza è stata da Assistance affidata ad ASSISTANCE, pertanto le prestazioni di assistenza garantite da Assistance saranno gestite per il tramite di ASSISTANCE.

Assistance, lasciando invariati la portata e i limiti delle prestazioni di assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente e/o al Socio ordinario la nuova società di assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Art. 36 | Oggetto delle prestazioni di assistenza

Assistance, tramite ASSISTANCE garantisce alle persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia e le esclusioni previste dalle condizioni contrattuali, le seguenti prestazioni:

a) Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico di ASSISTANCE, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire. Inoltre, qualora, in seguito al primo contatto telefonico, il servizio me-



dico di ASSISTANCE giudicare indispensabile una visita medica accurata, e se non fosse reperibile il medico abituale dell'Assicurato, ASSISTANCE potrà provvedere gratuitamente a inviare un suo medico convenzionato al capezzale del paziente oppure far trasportare l'Assicurato presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.

b) Ricerca luoghi di cura

Qualora l'Assicurato necessiti di un ricovero, ASSISTANCE, su richiesta dell'Assicurato stesso o di un suo familiare, provvederà a reperire e prenotare, nei limiti delle disponibilità del momento, un luogo di cura attrezzato per la patologia del caso.

c) Trasporto Sanitario

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato risulti affetto da una patologia che, previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico di ASSISTANCE e d'intesa con il medico curante, richiede un mezzo sanitariamente attrezzato (aereo sanitario speciale, ambulanza, ecc.) per il:

- trasferimento all'Istituto di cura, al momento del ricovero;
- trasferimento dall'Istituto di cura ad un altro;
- rientro al domicilio, al momento della dimissione;

ASSISTANCE, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa pari a 2.642 euro per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso. Se necessario, inoltre, provvederà ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

d) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui al precedente punto "c", ASSISTANCE, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

e) Custodia di minori di anni 15

Qualora, per una malattia od un infortunio occorso all'Assicurato, sia previsto un ricovero superiore a due giorni, ASSISTANCE provvederà alla custodia dei figli dell'Assicurato minori di anni 15 per un periodo massimo di 48 ore.

f) Messa a disposizione di un infermiere

Nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta all'Assicurato stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una terapia a domicilio (o presso il luogo dove soggiorna), per la quale necessiti la presenza di un infermiere, ASSISTANCE provvederà a reperirlo.

L'Assicurato dovrà usufruire della prestazione entro e non oltre i 7 giorni successivi alla sua dimissione dal luogo di cura.

g) Anticipo delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere sostenute all'estero

Nei limiti di un massimale di 2.642 euro, ASSISTANCE può anticipare all'Assicurato, contro rilascio di idonea garanzia od assegno personale, in caso di ricovero all'estero per malattia od infortunio, la somma necessaria al pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere.

Nel caso in cui l'importo versato da ASSISTANCE superi il massimale assicurato disponibile ovvero in caso di evento non indennizzabile a termini delle condizioni di polizza, tale somma, o la parte di essa eccedente il massimale assicurato disponibile, dovrà essere rimborsata entro tre mesi dalla messa a disposizione.

h) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un preparato di fabbricazione italiana ed irreperibile nello stato estero nel quale si trova, ASSISTANCE, scegliendo la soluzione di maggior rapidità, provvederà a reperire, tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale il farmaco corrispondente sul posto od in un paese limitrofo, ovvero inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

Sono in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali e gli eventuali diritti doganali, per i quali l'Assicurato si impegna a saldare il relativo importo a ASSISTANCE alla presentazione della relativa fattura.

i) Rientro anticipato

Nel caso in cui si rendesse indispensabile la presenza dell'Assicurato presso il domicilio, in seguito ad una



malattia od un infortunio occorso ad un suo familiare, anch'egli assicurato e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, ASSISTANCE metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe turistica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

Art. 37 | Esclusioni - limite di esposizione - responsabilità

Esclusioni

Fermo quanto già previsto dalle condizioni contrattuali, sono escluse:

- le prestazioni o spese non autorizzate specificamente da ASSISTANCE;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Limiti di esposizione

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni evento dannoso;
- al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle assistenze indicate su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui ASSISTANCE abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare. In tal caso ASSISTANCE fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione di cui all'art. 36 - "Oggetto delle prestazioni di assistenza", lettera "1 - Rientro anticipato", l'esposizione di ASSISTANCE deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc., che devono pertanto considerarsi a suo carico.

In conseguenza di ciò l'Assicurato dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. ASSISTANCE si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme a ASSISTANCE.

Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

Responsabilità

ASSISTANCE non potranno in alcun modo essere ritenute responsabili dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Art. 38 | Richiesta delle prestazioni di assistenza - prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste telefonicamente direttamente a ASSISTANCE (Numero Verde 800 00 00 00 oppure Tel. 02 7600 0000) per chiamate dall'Estero o via Fax (02 7600 0000) nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre tre giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza o in caso di mancato contatto preventivo con la Centrale Operativa, ASSISTANCE non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Qualsiasi diritto nei confronti di ASSISTANCE, e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

Art. 39 | Comunicazioni - variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente (o il Socio ordinario in caso di sottoscrizione della Cassa di Assistenza Assicurazioni), l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto dal precedente art. 38 - "Richiesta di prestazioni di assistenza - Prescrizione".

Elenco assicurati e premio



Art. 40 | Categorie assicurate

Sono assicurati tutti i dipendenti della Contraente.
L'elenco dei dipendenti viene allegato nell'allegato di polizza "Elenco assicurati".

Art. 41 | Variazione assicurati

Di comune accordo tra le parti si precisa che la Contraente dovrà comunicare entro un mese dall'assunzione ad tutte le variazioni alla situazione iniziale degli assicurati.
Il Contraente è obbligato a comunicare alla casella postale salute.azienda if e all'agenzia intestataria della polizza:

- ogni variazione intervenuta nel proprio organico;

Per i nuovi assunti in corso d'anno, il Contraente dovrà fare esplicita richiesta ad l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 della data della comunicazione inviata, fermo restando il disposto dell'Art. 24 - Termini di aspettativa.

A seguito della comunicazione di ingresso in copertura sarà possibile:

- 1) il riconoscimento della copertura da parte di Assistenza;
 - 2) l'emissione delle appendici di conguaglio da parte di A che provvederà ad emetterle in forma annuale.
- Relativamente alla cessazione del rapporto di lavoro da parte del dipendente con il Contraente, si precisa che la garanzia per il dipendente cessa dalle ore 24 della stessa data, ad eccezione dei casi di prepensionamento e quiescenza, per i quali la garanzia cessa alla prima scadenza annua successiva. Nel caso di morte del dipendente la garanzia cessa alla prima scadenza annua successiva. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro con il Contraente non conseguente a prepensionamento o a quiescenza all'atto della regolazione premio, il premio corrisposto rimane acquisito. In caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'assicurazione per il Dipendente cesserà alla scadenza della annualità in corso.

Art. 42 | Premio

Il premio annuo per singolo dipendente è di 900 €.

Alla firma del contratto il Contraente versa il premio di 28.800 € comprensivo di imposte calcolato sulla base di n. 32 dipendenti.

In caso di inserimento di nuovi Dipendenti in corso dell'annualità assicurativa, il premio di ingresso dovrà essere corrisposto in base alla seguente condizione:

- l'intero premio se l'ingresso in garanzia avverrà nel corso del primo semestre;
- il 60% se l'ingresso in garanzia avverrà nel corso del secondo semestre;

Alla fine di ogni anno assicurativo, o del minor periodo di durata del contratto, si farà luogo alla regolazione del premio in base alle comunicazioni effettuate dal Contraente. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 60 giorni dalla data della comunicazione della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

All'inizio di ogni annualità assicurativa si procederà al calcolo del nuovo premio annuo in base all'effettivo numero di Dipendenti assicurati.

AGENZIA GENERALE

La Contraente

[Handwritten signature]

