
Polizza Rimborso Spese Sanitarie

A.F.A.C.
Associazione Funzionari Aviazione Civile
Opzione B

Agenzia – CIVITUS srl

Codice 346000

Polizza n° 068526640

Decorrenza 31.12.2013

Scadenza 31.12.2014

Condizioni di Assicurazione

Sommario

-
- 1** Definizioni

 - 2** Condizioni generali di assicurazione

 - 3** Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

 - 4** Modalità di pagamento

 - 5** Elenco interventi chirurgici plafonati

1 Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Società:** l'impresa assicuratrice;
- **Contraente:** il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;
- **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Indennizzo o indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un sinistro;
- **Struttura sanitaria:** ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera, regolarmente autorizzata all'erogazione dall'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerate Strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- **Struttura sanitaria convenzionata:** ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato Clinica Amica;
- **Équipe operatoria:** il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento;
- **Équipe operatoria convenzionata:** ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato Clinica Amica;
- **Ricovero:** la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria;
- **Day hospital / Day surgery:** il ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche (Day hospital) o prestazioni chirurgiche (Day surgery);
- **Intervento chirurgico:** l'atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature;
- **Intramuraria (Intramoenia):** l'attività libero-professionale dei Medici dipendenti di un Ente Pubblico (Azienda ospedaliera o Istituto universitario) che hanno optato per il rapporto esclusivo con l'Ente stesso, svolta indifferentemente nell'ambito dell'Ente stesso o in Strutture con l'Ente convenzionate;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- **Nucleo familiare:** l'insieme di persone costituito dall'associato all'AFAC, dal coniuge non legalmente separato o dal convivente more uxorio e dai figli risultanti dallo stato di famiglia, nonché dai figli, dai genitori e dai fratelli dell'Associato anche se non risultanti dallo stato di famiglia (in seguito denominati Affiliati).

2 Condizioni generali di assicurazione

Art. 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2.2 – Decorrenza della copertura - Pagamento del premio

La presente polizza decorre dalle ore 24 del 31/12/2013, purchè il premio relativo alla prima annualità sia stato versato entro e non oltre il 1 marzo 2014 e scadenza alle ore 24 del 31.12.2014.

A partire da tale data, la copertura s'intende tacitamente rinnovata di anno in anno, fermo quanto di seguito riportato .

Il pagamento del premio è frazionato in rate trimestrali, con scadenza: 31/03 – 30/06 – 30/09 – 31/12.

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 oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2.3 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta spedita da una delle Parti mediante lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 2.4 – Adesione alla copertura - Variazione degli Assicurati

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

Il Contraente dovrà comunicare alla Società - a mezzo raccomandata, telefax o supporto magnetico - tutte le variazioni che dovessero intervenire nel numero e nelle generalità delle persone assicurate durante il corso dell'anno.

L'inclusione successiva alla data di decorrenza del contratto è permessa solamente nei seguenti casi:

- a) nuova adesione all'AFAC;
- b) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- c) matrimonio;
- d) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purchè comunicata - mediante comunicazione scritta - alla Società, entro 30 giorni dalla predetta data.

Se la comunicazione non viene fatta alla Società entro 30 giorni dalla variazione, l'assicurazione sarà operante dalle ore 24 del primo giorno del mese di comunicazione alla Società.

Nel caso di cessazione del rapporto di adesione all'AFAC, l'ex associato e gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di decesso dell'associato, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

Alla fine di ogni anno, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società - calcolato proporzionalmente in base al trimestre nel quale è avvenuta l'inclusione - mediante emissione da parte della Società di apposite appendici di regolazione. Appendici, che il Contraente si impegna a pagare entro trenta giorni dalla data di ricevimento delle stesse.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia 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 suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 2.5 - Oneri fiscali

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

3 Norme relative all'assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

Art. 3.1- Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce, le prestazioni di seguito indicate, purchè conseguenti ad infortunio o malattia, indennizzabili a termini di polizza.

Art. 3.2- Ricovero

La presente assicurazione prevede il pagamento in forma diretta o l'eventuale rimborso delle spese sanitarie di seguito riportate - purché indennizzabili a termini di contratto - conformemente alle disposizioni stabilite nell'Art. "Modalità di pagamento" fino a concorrenza di euro 80.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo e nel rispetto dei seguenti sottolimiti:

- **Euro 40 .000,00 per l'Associato all'AFAC;**
- **euro 40.000,00 da suddividere tra i restanti familiari a carico**
- **euro 10.000,00 per ogni Affiliato (detto importo a decurtazione del massimale dei familiari a carico).**

Inoltre, la Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", rimborsa le spese ivi sostenute fino a concorrenza delle somme indicate nella precitata Tabella, intese per persona e per anno assicurativo.

I sottolimiti di rimborso di cui alla Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", sono riferiti alle spese sostenute durante il periodo di ricovero comportante l'intervento chirurgico e alle eventuali prestazioni sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chirurgico, nei termini di seguito riportati.

Nel caso di ingresso in copertura in corso d'anno i massimali assicurati saranno proporzionati in base al trimestre di riferimento.

1) In caso di **ricovero che comporti intervento chirurgico**, effettuato anche in regime di Day Hospital, la Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso (nel caso in cui il ricovero avvenga in Struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata) delle spese per:

- 1.1 onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento stesso;
- 1.2 i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- 1.3 l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero;
- 1.4 le rette di degenza:

- sono comprese nell'ambito del massimale per Ricovero con il limite di euro 230,00 al giorno, IVA compresa; eventuali differenze saranno a carico dell'assistito.

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

- 1.5 accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati, anche al di fuori della Struttura sanitaria, nei 40 giorni antecedenti il ricovero per intervento chirurgico, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso o la prestazione ambulatoriale.

Esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche effettuati nei 40 giorni successivi al ricovero per intervento chirurgico, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia.

Tali prestazioni sono rimborsate nell'ambito dei massimali indicati nell'art. "Ricovero", nel limite del 2% degli stessi;

- 1.6 trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione, fino a concorrenza di euro 500,00 per ricovero.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute verrà effettuato previa detrazione di un importo pari a:

- in caso di intervento chirurgico in struttura sanitaria totalmente convenzionata: 10% col minimo di euro 1.000,00 per ricovero;

- **in caso di intervento chirurgico in struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata : 20% col minimo di euro 1.200,00 per ricovero.**

2) In caso di **ricovero che comporti intervento chirurgico "plafonato"** (vedere tabella di seguito riportata), la Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso (nel caso in cui il ricovero avvenga in Struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata) delle spese per:

- 2.1 onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento stesso;
- 2.2 i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- 2.3 l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero;

2.4 le rette di degenza:

- **sono comprese nell'ambito del massimale per Ricovero con il limite di euro 230,00 al giorno, IVA compresa; eventuali differenze saranno a carico dell'assistito.**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

- 2.5 Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati, anche al di fuori della Struttura sanitaria, nei 30 giorni antecedenti il ricovero per intervento chirurgico, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso o la prestazione ambulatoriale;
- 2.6 esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche effettuati nei 30 giorni successivi al ricovero per intervento chirurgico, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'intervento chirurgico stesso;
- 2.7 trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione, fino a concorrenza di euro 500,00 per ricovero.

3) In caso di **parto cesareo o aborto terapeutico**, la Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso (nel caso in cui il ricovero avvenga in Struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata) fino a concorrenza di euro 2.500,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo, delle spese per:

- 3.1 onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento stesso;
- 3.2 i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compreso l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche;
- 3.3 l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo

di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero;

3.4 le rette di degenza:

- **sono comprese nell'ambito del massimale per Ricovero con il limite di euro 230,00 al giorno, IVA compresa; eventuali differenze saranno a carico dell'assistito.**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

4) In caso di **parto fisiologico**, la Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso (nel caso in cui il ricovero avvenga in Struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata) fino a concorrenza di euro 1.500,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo, delle spese per:

4.1 i diritti di sala parto e per il materiale di intervento, compreso l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche;

4.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero;

4.3 le rette di degenza:

- **sono comprese nell'ambito del massimale per Ricovero con il limite di euro 230,00 al giorno, IVA compresa; eventuali differenze saranno a carico dell'assistito.**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie e le prestazioni antecedenti e successiva al parto.

5) In caso di **ricovero che comporti intervento chirurgico ambulatoriale**, la Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso (nel caso in cui il ricovero avvenga in Struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata), fino a concorrenza del 5% del massimale per il Ricovero, delle spese per:

5.1 onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivamente all'intervento stesso;

5.2 i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, compresi l'utilizzo di apparecchiature terapeutiche e le endoprotesi applicate durante l'intervento;

5.3 l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di ricovero;

Sono considerate indennizzabili le spese sostenute per endoscopia purchè seguita contestualmente da biopsia.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute in struttura sanitaria totalmente convenzionata verrà effettuato previa detrazione di un importo pari al 10% col minimo di euro 100,00 per intervento, in struttura sanitaria non convenzionata o parzialmente convenzionata verrà effettuato previa detrazione di un importo pari al 20% col minimo di euro 200,00 per intervento

6) In caso di ricovero con intervento chirurgico o parto cesareo **effettuati in regime di Servizio Sanitario Nazionale**, a parziale deroga di quanto previsto al punto 1) e 3) si conviene di elevare a 60 giorni il periodo indennizzabile per le prestazioni sostenute precedentemente e successivamente all'intervento o il parto cesareo fino a concorrenza del massimale per il ricovero, ma con il limite di euro 250,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 3.3 – Diaria sostitutiva in regime di Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui il ricovero e le eventuali spese sostenute nei 40 giorni (oppure 60 giorni in caso di ricovero con intervento o parto cesareo come previsto all'Art. "Ricovero, punto 6) precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico, anche ambulatoriale (oppure 30 giorni in caso di intervento chirurgico "plafonato" rientrante nella tabella di seguito riportata) siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per le spese sanitarie effettuate, le prestazioni previste dalla polizza vengono sostituite da un'indennità pari a **euro 150,00 per ogni notte di ricovero**, comprensiva del costo di eventuali ticket, col massimo di trenta giorni per persona e per anno assicurativo.

La presente indennità sostitutiva non verrà riconosciuta in caso di ricovero in Day Hospital.

Art. 3.4 – Efficacia della garanzia

La presente Polizza è emessa senza soluzione di continuità in sostituzione della polizza n° 68.526.033 stipulata con la Società e avente il medesimo oggetto; si prende atto tra le Parti che ai fini di quanto disposto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, si farà riferimento alle dichiarazioni relative allo stato di salute rese dall'Assicurato in occasione della stipulazione della polizza sostituita e varranno pertanto le relative esclusioni e/o limitazioni di garanzia in essa previste, salvo diversa pattuizione contenuta nel presente contratto.

Non avranno quindi rilevanza le circostanze relative al rischio non dichiarate dall'Assicurato, se sopravvenute o venute a conoscenza dell'Assicurato stesso durante la validità del contratto sostituito.

Fermo quanto stabilito negli Art. "Rischi esclusi" e Art. "Persone non assicurabili".

Per gli Assicurati sopramenzionati, non saranno inoltre applicati i periodi di carenza sotto riportati.

La garanzia decorre:

- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione, per i rimborsi delle spese sanitarie conseguenti ad infortunio;
- dal centottantesimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, per il parto; mentre per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia è operante da quando ha effetto l'assicurazione;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione, per le altre malattie.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di altre polizze stipulate con la stessa Società - senza soluzione di continuità - riguardanti gli stessi Assicurati, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita per le prestazioni ed i massimali in quest'ultima risultanti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni in essa contemplate.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 3.5 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- le malattie mentali, disturbi psichici in genere come pure comportamenti nevrotici;
- le intossicazioni e gli infortuni causati da:
 - . abuso di alcolici;
 - . uso di allucinogeni;
 - . uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- le cure relative alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastico ricostruttiva resi necessari da infortunio che abbia reso necessari interventi demolitivi);
- le cure dentarie e le paradontopatie, nonché le visite e gli accertamenti diagnostici di natura odontoiatrica non conseguenti ad infortunio; sono comunque esclusi le protesi dentarie;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- gli infortuni:
 - . derivanti da sports aerei o dalla partecipazione a corse e a gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

- . conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni;
- le conseguenze derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata ed insurrezione, fatta eccezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;
- le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- le conseguenze - dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare solamente terapie fisiche e riabilitative, che in relazione allo stato di salute dell'Assicurato, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- gli interventi chirurgici finalizzati alla correzione dei vizi di rifrazione;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita.

Art. 3.6 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.7 - Persone non assicurabili

Con effetto dalla decorrenza della presente Polizza (31/12/2013), limitatamente alle nuove adesioni (soggetti non assicurati precedentemente con la polizza n. 68.526.033), non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età.

Cio' premesso gli Assicurati che durante la durata del contratto superino il 75° anno di età saranno ritenuti in copertura fino al termine dell'annualità'.

Inoltre l'Assicurato ultra settantacinquenne dovrà ripresentare, ad ogni scadenza annua ed entro il primo mese successivo (gennaio), un nuovo questionario per la verifica del mantenimento della copertura; la Società, valutato il questionario anamnestico e preso atto dello stato di salute dell'Assicurato, determinerà l'assicurabilità dello stesso (eventualmente con l'inserimento di limitazioni di patologie) ovvero la non assicurabilità.

La mancata presentazione – nei termini sopraindicati – del questionario anamnestico, comporterà la cessazione dell'assicurazione a partire dal 1° gennaio.

Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, le prestazioni non saranno dovute a partire dal 1° gennaio successivo a quello di compimento del 75° anno di età e la Società non rimborserà i premi versati.

Non sono inoltre assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o infermità mentali.

La sopravvenienza in corso di contratto delle predette affezioni, comporta nei confronti dell'Assicurato la cessazione dell'assicurazione.

In tali casi, la Società provvederà al rimborso della quota di premio calcolato in pro rata in relazione al periodo non goduto, al netto dell'imposta.

Art. 3.8 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro:

- nei casi in cui operi il servizio Clinica Amica valgono le norme contenute nell'Art. "Modalità di pagamento";
- nei casi in cui non operi il servizio Clinica Amica il Contraente o l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società entro quindici giorni:
 - *dal ricovero o dall'intervento;
 - *dal verificarsi dell'evento, negli altri casi.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 3.9 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da una persona da questa incaricata - con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

Art. 3.10 – Criteri di liquidazione

Nei casi in cui non sia operante il servizio Clinica Amica, il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a' termini di polizza viene effettuato, a cura ultimata, dopo l'avvenuta presentazione in originale delle relative fatture, distinte e ricevute, debitamente

quietanzate, nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Struttura sanitaria.

Qualora l'Assicurato abbia presentato al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto ai termini della presente polizza, dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti Enti.

La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro.

Art. 3.11 - Prova

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 3.12 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

Permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per il rischio analogo a quello della presente polizza.

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3.13 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 3.14 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente Art. "Valutazione del danno – Ricorso all'arbitrato è competente esclusivamente, il foro di Roma.

4 Modalità di pagamento

Per richiedere informazioni e per accedere al servizio convenzionato Clinica Amica: dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 12.00 servizi linea verde 800 686868; dall'estero +39.02.26609167

Art. 4.1 – Modalità di pagamento

Fermo restando la vigente normativa sul presente contratto, limitatamente al ricovero per intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, per effetto di malattia, infortunio o al ricovero per parto, il pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato, verrà effettuato secondo le modalità che seguono.

Gli interventi chirurgici effettuati in ambulatorio o presso un Pronto Soccorso e i ricoveri in regime di Day Hospital saranno indennizzati ai sensi di polizza con le stesse modalità di pagamento previste per i casi di ricovero.

Fermo restando quanto di seguito riportato, la procedura di pagamento diretto alla Struttura sanitaria sarà operante, per i singoli Assicurati, a partire dalla data di efficacia della copertura.

Art. 4.2 – Ricoveri in Strutture Sanitarie convenzionate

Con intervento chirurgico o parto effettuato da ÉQUIPE OPERATORIA CONVENZIONATA

In caso di ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata che compori intervento chirurgico o parto eseguito da équipe operatoria altrettanto convenzionata, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese sanitarie previste nella polizza e sostenute durante il ricovero, nei termini indicati all'Art. ".Ricovero".

Con intervento chirurgico effettuato da ÉQUIPE OPERATORIA NON CONVENZIONATA

In caso di ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata che compori un intervento chirurgico o parto eseguito da équipe operatoria non convenzionata, la Società:

- pagherà direttamente alla Struttura sanitaria le spese sanitarie relative al ricovero;
- rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni di detta équipe, nei termini indicati all'Art. "Ricovero".

Verranno, inoltre, applicate le modalità di pagamento indicate nel presente articolo, anche nel caso di ricoveri a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di libera professione "intramuraria".

Cessione dei diritti

In caso di pagamento diretto da parte della Società alla Struttura sanitaria, ogni diritto derivante all'Assicurato dalla presente polizza si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in favore della o delle Strutture sanitarie che fanno parte del servizio convenzionato Clinica Amica.

Il pagamento eseguito dalla Società in forza della presente cessione ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei confronti dell'Assicurato stesso.

Art. 4.3 – Ricoveri in Strutture Sanitarie non convenzionate

In caso di ricovero, con intervento chirurgico o per parto, presso una Struttura sanitaria e/o équipe medica non convenzionata, la Società rimborserà all'Assicurato le spese sanitarie

previste in polizza e dallo stesso effettivamente sostenute durante il ricovero e documentate, nei termini indicati all'Art. "Ricovero".

Verranno, inoltre, applicate le modalità di pagamento indicate nel presente articolo, anche nel caso di:

- ricoveri con intervento chirurgico o parto a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di libera professione "intramuraria";
- ricoveri con intervento chirurgico o parto in cliniche convenzionate o parzialmente convenzionate quando non sia attivata la procedura di pagamento diretto.

Art. 4.4 - Ricoveri in Strutture pubbliche o accreditate a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà l'indennizzo come segue:

- se la Struttura sanitaria che eroga le prestazioni è convenzionata con Clinica Amica vale quanto riportato nell'art. "Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate";
- se la Struttura sanitaria non è convenzionata con Clinica Amica le spese saranno oggetto di rimborso secondo le modalità descritte nell'art. "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate".

5 Elenco interventi chirurgici plafonati

Varicocele	Euro 2.200,00
Appendicectomia	Euro 2.500,00
Ernia del disco	Euro 4.000,00
Ernia inguinale	Euro 2.300,00
Colecistectomia	Euro 3.200,00
Varici	Euro 1.000,00
Meniscectomia	Euro 2.800,00
Legamenti crociati	Euro 4.000,00
Tunnel carpale	Euro 2.000,00
Prostatectomia	Euro 4.000,00
Isterectomia	Euro 4.000,00
Alluce valgo	Euro 2.000,00
Cisti benigne al seno	Euro 2.000,00
Cisti ovariche	Euro 3.200,00
Coxartrosi	Euro 4.000,00
Polipi	Euro 2.200,00
Cataratta	Euro 1.500,00
Asportazione di noduli tiroidei	Euro 2.500,00