

**Piano sanitario per dipendenti Gruppo
Findomestic**

Agenzia 4083

Ramo 194

N. polizza

Tra **Unisalute S.p.A.** in seguito denominata **“Società”** Cassa Autonoma Servizi Sanitari ed Assistenziali (C.A.S.S.A.) con sede in Milano, Via Sigieri 14 c.a.p 20135, codice fiscale 97534270018 in seguito denominata **“Contraente”**, viene stipulato il seguente contratto di assicurazione avente **effetto 01/01/2011, scadenza prima rata 01/01/2012 e scadenza polizza 01/01/2012**, a frazionamento annuale, tacitamente rinnovabile in base alle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 2 di 17

Capitolo 1 –DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;

Assicurato: la persona a favore della quale è prestata l'assicurazione;

Assicurazione: il contratto mediante il quale l'Impresa, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro;

Centrale operativa: la struttura che risponde al numero **800-822438** costituita da medici, tecnici ed operatori, che provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere agli stessi.

Contraente : la persona, fisica o giuridica, che stipula il contratto;

Day Hospital : prestazioni relative a terapie chirurgiche e mediche in regime di degenza diurna, senza pernottamento, che siano:

- documentate da cartella clinica;
- praticate in Istituto di cura;
- effettuate con la presenza continua nella struttura di un medico o di un anestesista.

Il day hospital non comprende le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Decorrenza: data dalla quale entra in vigore la garanzia assicurativa:

Indennità sostitutiva: la somma riconosciuta per ogni giorno di ricovero dell'Assicurato e per un massimo di 100 giorni per anno, nel caso in cui questi sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale senza sostenere alcuna spesa durante il periodo di degenza e nei 120 gg prima e dopo il ricovero;

Evento: intero ciclo di cure relative alla stessa malattia, allo stesso infortunio o allo stesso ricovero per parto, aborto spontaneo o post-traumatico;

Franchigia: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato;

Grandi interventi chirurgici: si considera "grande intervento chirurgico" l'intervento previsto nella lista allegata a fine contratto;

Impresa: Unisalute S.p.A.;

Indennizzo: la somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili;

Intervento chirurgico: atto medico praticato in istituto di cura, in day hospital o in ambulatorio perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione cruenta di fratture mediante impiego di mezzi di osteosintesi;

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura pubblica o privata, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Gli stessi devono essere

permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere l'attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di documentazione clinica completa.

Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, gli istituti per anziani e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Malattia: ogni oggettiva alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio;

Massimale: la somma massima a disposizione di ciascun Assicurato nel corso di ogni annualità assicurativa;

Nucleo familiare: coniuge o convivente figli anche non fiscalmente a carico;

Polizza: il documento sottoscritto dalle parti contraenti che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa per l'assicurazione;

Ricovero: la degenza ininterrotta che richiede almeno un pernottamento in istituto di cura, resa necessaria per l'esecuzione di terapie mediche e chirurgiche non eseguibili in day hospital o in ambulatorio in conseguenza di una malattia e/o infortunio;

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro;

Scadenza: data dalla quale cessa la garanzia assicurativa;

Scoperto: La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato;

Sinistro: il verificarsi dell'intervento chirurgico garantito dal contratto assicurativo, reso necessario a seguito di malattia, infortunio o parto con taglio cesareo;

CAPITOLO 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 Premio. Effetto e scadenza del contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

L'assicurazione scade alle ore 00 del giorno indicato in polizza, salvo il tacito rinnovo di cui all'art. 4.1.

La polizza non può essere emessa per durata inferiore ad un anno.

Art. 2.2 Modifiche dell'assicurazione

Le modifiche contrattuali devono essere provate dalle parti per iscritto.

Art. 2.3 Aggravamento del rischio

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

Art. 2.4 Diminuzione del rischio

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1897 del Codice Civile in materia di diminuzione del rischio.

Art. 2.5 Diritto di rivalsa

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili.

Art. 2.6 Oneri fiscali dell'Assicurazione

Gli oneri fiscali relativi al contratto sono a carico del Contraente, secondo le norme di legge.

Art. 2.7 Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente polizza sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza stessa devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 2.8 Foro competente

Foro competente a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza o sede del Convenuto, oppure quello del luogo dove ha sede la Società.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 5 di 17

.....

.....

Art. 2.9 Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è disciplinato dal presente contratto si intendono richiamate le norme di legge.

Art. 2.10 Termini di prescrizione

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c..

Capitolo 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE VALIDE PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALLA CATEGORIA DIPENDENTE

ART. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

A) Ospedaliere :

L'Impresa, per le malattie e gli infortuni verificatesi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese per :

A.1)In caso di intervento chirurgico, day-hospital chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in Istituto di Cura anche in caso di intervento ambulatoriale :

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- 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;
- Rette di degenza;
- Accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero;
- Cure chemioterapiche effettuate nei 720 giorni successivi al ricovero iniziato dopo la data di effetto del presente contratto. La garanzia non copre le cure iniziate prima dell'effetto del presente contratto, o successive a ricoveri avvenuti prima della data di effetto del presente contratto.

A.2)In caso di ricovero o day-hospital in Istituto di Cura che non comporti intervento chirurgico:

- Le rette di degenza, 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;

- Accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 120 giorni precedenti e successivi al ricovero per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero;
- Cure chemioterapiche effettuate nei 720 giorni successivi al ricovero iniziato dopo la data di effetto del presente contratto. La garanzia non copre le cure iniziate prima dell'effetto del presente contratto, o successive a ricoveri avvenuti prima della data di effetto del presente contratto.

A.3) In caso di parto non cesareo :

- Il rimborso delle rette per spese di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero, fino ad un massimo di € 5.061,00 oppure la corresponsione di una retta di €143,00 al giorno per un massimo di sette giorni senza applicazione di alcuna franchigia.

A.4) Indennità sostitutiva

- La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Nazionale. Se tutte le spese, sono a carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, la Società corrisponderà per ogni giorno di ricovero di euro 143,00= per Assicurato e per un massimo per ciascun Assicurato di n° 100 giorni per anno. La corresponsione di tale diaria sostituisce l'indennizzo anche dei pre e post.

La presente assicurazione è prestata fino alla concorrenza di un massimale di € 86.800,00 da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo.

Nel caso che l'Assicurato subisca un grande intervento chirurgico previsto nell'elenco allegato, il massimale di € 86.800,00 si intende raddoppiato.

Relativamente ai ricoveri di cui ai punti A.1) intervento chirurgico, day-hospital chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in Istituto di Cura anche in caso di intervento ambulatoriale , A.2 (ricovero o day-hospital in Istituto di Cura che non comporti intervento chirurgico) e A.3 (parto non cesareo) il rimborso delle spese verrà effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 1.500,00= sulle spese effettivamente sostenute e documentate, ad eccezione delle spese previste al punto D "Accompagnatore, Trasporto, Rimpatrio della Salma" che restano rimborsali e con le franchigie e gli scoperti ove previsti.

Nel caso di prestazioni effettuate presso strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di una franchigia di € 1.000,00 e nei limiti previsti nelle singole garanzie, ad eccezione delle spese previste al punto D "Accompagnatore, Trasporto, Rimpatrio della Salma" che restano rimborsali e con le franchigie e gli scoperti ove previsti. Detta franchigia non verrà applicata in caso di ricovero a seguito di infarto cardiaco o di malattia oncologica.

B) Specialistiche extraospedaliere :

L'Impresa rimborsa le spese extraospedaliere per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 7 di 17

- Ecografia;
- TAC;
- Elettrocardiografia;
- Doppler;
- Diagnostica radiologica;
- Elettroencefalogramma;
- Risonanza magnetica nucleare;
- Scintigrafia;
- Cobaltoterapia;
- Chemioterapia;
- Laserterapia a scopo fisioterapico;
- Telecuore;
- Dialisi;
- Ecocardiografia;
- Angiografia digitale;
- Mineralizzazione ossea computerizzata (MOC);

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di € 7.229,00 per anno assicurativo e per nucleo con applicazione di uno scoperto per ogni malattia e/o infortunio a carico dell'Assicurato nella misura del 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate con un minimo in ogni caso di € 70,00 per patologia/invio alla compagnia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione una franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le prestazioni di polizza di cui al punto B, si intendono efficaci anche in presenza del solo sintomo.

C) Visite mediche e visite specialistiche, accertamenti diagnostici, protesi

L'Impresa rimborsa, in presenza di prescrizione medica e quesito diagnostico che ha reso necessaria la prestazione:

C.1) Le spese, semprechè pertinenti ad uno stato di gravidanza, ad una malattia o ad un infortunio, denunciate e non rientranti fra quelle previste al punto B (Specialistiche extraospedaliere) per :

- Onorari medici per visite anche specialistiche;
- Analisi ed esami diagnostici o di laboratorio;
- Medicine previste da prontuario farmacologico, non sono previsti i parafarmaci;
- Agopuntura, trattamenti, fisioterapia;
- Assistenza infermieristica;
- Medicina preventiva;

1. Esami di laboratorio:

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 8 di 17

- Emocromo
- VES
- Glicemia
- Colesterolo
- Colesterolo HDL
- LDH
- Trigliceridi
- Creatininemia
- Azotemia
- GOT
- GPT
- Bilirubina frazionata
- Protidogramma
- Esame urine
- 2. Pap Test
- 3. Visita ginecologica
- 4. E.C.G. (elettrocardiogramma)
- 5. RX Torace
- 6. Mammografia
- 7. Esame di laboratorio: PSA
- 8. Visita cardiologica
- 9. Ricerca sangue occulto nelle feci

Per quanto concerne il rimborso relativo alle medicine, lo scoperto del 20% con il minimo di Euro 52,00= è applicato per ricetta per cui si richiede il rimborso. Per il rimborso dei medicinali l'assicurato dovrà presentare la ricetta a lui intestata contenente la patologia, fustella del farmaco e scontrino fiscale.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino alla concorrenza della somma di € 2.168,00 (con il sotto massimale di € 1.444,00 per le spese relative allo stato di gravidanza) per anno assicurativo e per nucleo con applicazione di uno scoperto per ogni malattia, infortunio o spesa relativa allo stato di gravidanza, nella misura del 30% di quanto effettivamente sostenuto e documentato con un minimo in ogni caso di € 70,00 per patologia/invio alla compagnia.

Per le sole visite specialistiche ed accertamenti diagnostici nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni visita specialistica ed accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

C.2) Le spese per la fornitura di lenti semprechè giustificata da prescrizione medica (generico, oculista) attestante la modifica del visus o prima prescrizione fino alla concorrenza della somma di € 361,00 per anno assicurativo e per nucleo con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato per ogni singola prescrizione nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate con un minimo in ogni caso di € 52,00 per fattura.

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 9 di 17

C.3) Le spese per protesi ortopediche ed acustiche fino alla concorrenza dell'importo di € 1.444,00 intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica e per nucleo.

C.4) Le spese per trattamenti fisioterapici e di rieducazione conseguenti a infortuni e non a malattia, sempre che giustificati da prescrizione medica, fino alla concorrenza di € 361,00 per anno e nucleo. (tale importo è in aumento a quanto previsto dal punto C1)

C.5) Visite specialistiche, colloqui, esami diagnostici riferiti a malattie e disturbi mentali o disturbi psichici (tale prestazione dovrà essere erogata da uno psicologo iscritto all'Albo o da un medico iscritto all'Albo dei medici chirurghi) con esclusione delle malattie soggette a trattamento obbligatorio come previsto dalla Legge 23/12/78 n. 833 artt. 34 – 35.

Tale estensione di garanzia è operante fino alla concorrenza di Euro 2.100,00= per anno e nucleo con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo di Euro 70,00 patologia ed invio = qualora si esaurisca il sottolimito indicato le spese verranno ulteriormente rimborsate entro il limite di cui al punto C1.

Per i punti C2,C3,C4,C5 non è prevista rete convenzionata.

Le prestazioni di polizza di cui al punto C e relativi sottocommi , si intendono efficaci anche in presenza del solo sintomo.

D) Accompagnatore, Trasporto, Rimpatrio della Salma

L'Impresa nell'ambito delle spese di cui alla lettera A (Ospedaliere) punti A.1 e A.2 nonché del massimale e scoperti ivi previsti rimborsa:

- Vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera ove non sussista la disponibilità ospedaliera per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 80,00 e con un massimo di 30 giorni;
- Le spese di trasporto con ogni mezzo sostenute da un accompagnatore se il ricovero interessa bambini di età inferiore ai 10 anni (per detta prestazione non operano alcune franchigie);
- Le spese per il trasporto dell'Assicurato con ogni mezzo, esclusa l'auto privata, dall'Istituto di Cura all'Istituto di Cura con un massimo di € 2.100,00 per anno assicurativo e per Assicurato, nel limite di cui sopra per i ricoveri all'estero sono comprese le spese di trasporto per accompagnatore;
- In caso di decesso a seguito di ricovero avvenuto fuori provincia di residenza dell'Assicurato, le spese per il rimpatrio della salma sino al massimo di € 4.200,00 per anno.

Art. 3.2 – Prestazioni speciali

a) Servizi di Consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822438** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

1) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 10 di 17

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

2) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

3) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti .

Art. 3.3 – Esclusioni

L'assicurazione non è operante per :

- a) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza; a meno che tale difetto non provochi un aggravamento dello stato di salute durante il periodo di validità del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- b) le conseguenze direttamente o indirettamente attribuibili all'H.I.V. compreso l'A.I.D.S.
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la Sua persona da Lui volontariamente compiuti o consentiti (sono compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- d) ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) l'aborto volontario non terapeutico;
- f) le prestazioni eventi finalità estetiche salvo interventi di chirurgia plastica per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi nel corso dell'assicurazione;
- g) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle parodontiopatîe quando non siano rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso dell'assicurazione;
- h) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 3.1 lettere C.1 e C.3;
- i) gli infortuni derivanti:

- dall'uso anche come passeggero di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove: nonché dalla guida di qualsiasi veicolo natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- dall'uso anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani e ultra leggeri) non eserciti da Società di traffico aereo regolare intendendosi come tali quelle rilevabili dalla pubblicazione “ A.B.C. World Airways guide”;
- da sports praticati professionalmente;
- dalla partecipazione a sports aerei in genere compresi paracadutismo e parapendio;

K) le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 3.4 – Validità del contratto

Le garanzie assicurative della presente polizza hanno validità dalle ore 00 del giorno di effetto dell'assicurazione sono comprese le malattie preesistenti e recidivanti. Si precisa che la garanzia è prestata in continuità.

Art. 3.5 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

CAPITOLO 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Art.4.1 – Tacita proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno un mese prima della scadenza del contratto.

Art.4.2 – Assicurati

L'assicurazione è prestata a favore del personale della Contraente, come indicato nel frontespizio di polizza, e si intende valida:

- a) durante il permanere del rapporto di lavoro e termina all'atto della cessazione del rapporto medesimo;
- b) indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato.

Art. 4.3 – Premi

Art. 4.4 – Regolazione premio

Art. 4.5 – Modalità di richiesta delle adesioni

Con scadenza mensile la Contraente provvederà a mezzo telefax, direttamente alla Società che ha in carico il contratto:

- a) comunicargli il numero dei nuovi assunti con nome cognome e codice fiscale o luogo e data di nascita.
- b) il numero dei dipendenti, per i quali sia intervenuto lo scioglimento del contratto.
- c) qualora risultino coniugi 2 dipendenti, fermo restando il pagamento del premio procapite senza nucleo, la garanzia si intende estesa al nucleo di detti dipendenti.

Art. 4.6 – Inclusione/esclusione nel corso dell'anno

Ai fini del pagamento del premio, resta inteso che se l'inclusione o l'esclusione avvengono in corso di contratto si procederà ad inserire o a togliere l'assicurato sulla base del calcolo del pro-rata e a richiedere il relativo premio a regolazione a fine anno. La comunicazione delle variazioni deve avvenire entro 45 giorni dalla variazione stessa.

Art. 4.7 – Gestione documenti di spesa

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito alla stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del mensile;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Art. 4.8 – Clausola broker

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto ad Assiteca S.p.A.- Via Maragliano 64- 50144 Firenze di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente da Assiteca S.p.A. stessa.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il versamento verrà effettuato dalla Contraente ad Assiteca S.p.A. che provvederà al versamento alla Compagnia Assicuratrice.

Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'Art.1901 c.c., del pagamento così effettuato. Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker s'intenderà come fatta alla Compagnia, purché non comporti variazioni nelle Condizioni di Polizza.

CAPITOLO 5: SINISTRI E INDENNIZZI

Art. 5.1 Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve far pervenire i documenti di spesa entro due anni dalla prima spesa o dalla data di ricovero.

La denuncia deve essere corredata da:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- certificazione medica che contenga la diagnosi della patologia o della sintomatologia
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Si ricorda che la copia della cartella clinica è acquisita dall'Impresa e non può essere restituita.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 5.2 Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve sottoporsi in qualsiasi momento, su richiesta dell'Impresa, agli accertamenti e controlli medici necessari, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 5.3 Criteri di indennizzabilità

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla presentazione in copia delle relative notule, distinte, ricevute e fatture, debitamente quietanzate. Relativamente alle spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi. al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 5.4 Controversie, arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le parti devono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto il rimborso/indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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 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 essenziale o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna della parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Art. 5.5 – Sinistri in strutture convenzionate con la società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Art. 5.6 Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel caso in cui, nel corso della ospedalizzazione o successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria, si dovesse accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assicurato, che dovrà restituire alla Società, entro e non oltre 15 giorni dalla comunicazione, tutte le somme dalla stessa indebitamente liquidate all'Istituto di cura. In caso di mancata restituzione alla Società delle sopra indicate somme nel termine previsto di 15 giorni, la stessa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assicurato per ottenere la restituzione delle somme indebitamente liquidate all'Istituto di cura in forza dell'impegno assunto con la stessa al momento del ricovero.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

La Contraente

La Società
Un procuratore

Pagina 16 di 17

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoleclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

La Contraente

**La Società
Un procuratore**

Pagina 17 di 17