

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE PER INTERVENTO CHIRURGICO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Assicurati.

L'assicurazione è prestata esclusivamente a favore dei Titolari e Soci delle Aziende iscritte alla Associazione Artigiani per tutto il periodo di iscrizione alla stessa.

L'assicurazione prescinde dalle condizioni fisiche degli assicurati nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere gli assicurati malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1898 CC.

Art. 2 -Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero ospedaliero comportante almeno una notte di degenza, con intervento chirurgico reso necessario da malattia, infortunio o parto, la Società rimborsa fino alla concorrenza della somma di Euro 40.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, nonché diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica e infermieristica, cure consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- rette di degenza e/o ricovero;
- esami di accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero o l'intervento chirurgico;
- parto naturale, cesareo e l'aborto terapeutico;
- cure termali (escluse le spese alberghiere);
- esami, medicinali, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura od ambulatorio, nei 90 giorni successivi alla fine del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso;
- il trasporto in ambulanza dell'Assicurato per il ricovero in Istituto di cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% della somma assicurata.

In caso di sinistro, risarcibile a termini di polizza, la liquidazione verrà effettuata previa detrazione di uno scoperto del 20% con un minimo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) per evento.

Art. 3 -Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- chirurgia plastica a scopo estetico salvo gli interventi a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio;
- malformazioni, difetti fisici e mutilazioni esistenti prima dell'inizio dell'assicurazione;
- malattie, infortuni e loro conseguenze dovute all'abuso di alcolici e narcotici o all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili;
- malattie mentali;

- infortuni derivanti da guerra, guerra civile, invasione, da partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato a sommosse e rivolte di ogni specie, atti di pirateria e sabotaggio;
- esporsi deliberatamente a pericoli eccezionali (salvo in caso di solidarietà umana) o da propri atti criminali e/o dolosi;
- partecipazione a corse o gare ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
- protesi e cure dentarie e paradentarie, se rese necessarie da cause diverse dall'infortunio;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle anatomiche:

Art. 4 -Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette, al momento della stipulazione del contratto, da: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, epilessia, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo e tossicodipendenza, paralisi.

Art. 5 -Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annuale del contratto.

Art. 6 -Termini di aspettativa -Carenze

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- a) del giorno successivo a quello di iscrizione per le persone Titolari e/o Soci che si iscriveranno alla Associazione Contraente in corso d'anno;
- b) del 90 giorno successivo alla adesione al presente contratto per i famigliari dei Titolari e dei Soci, nonché per i famigliari dei dipendenti di cui agli artt. 17 e 18.

Per i Titolari e/o Soci iscritti all'Associazione all'atto del rinnovo del presente contratto, per i Dipendenti, così come per i famigliari già aderenti nella pregressa annualità, non è operante alcuna carenza o termine di aspettativa.

Ai fini della determinazione dei termini di carenza sopraprevisti si prende atto fra le parti che faranno fede le evidenze e gli elenchi a mani della Contraente che rimangono a disposizione della Società.

Art. 7 -Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

SINISTRI -DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 8 -Modalità per la denuncia e la liquidazione dei sinistri

In caso di sinistro, "assicurato o i suoi aventi diritto deve presentare denuncia all'Associazione Artigiani che provvederà ad inoltrarla all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

La denuncia deve essere corredata dalla cartella clinica e dai documenti giustificativi delle spese in originale.

L'assicurato deve consentire alla Società gli accertamenti e i controlli medici necessari e fornire alla

stessa ogni documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Per le spese effettuate all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana nella quale la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte ricevute, debita mente quietanzate.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, per ottenerne il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 9 -Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato o dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell' art. 1916 del Codice Civile.

Art. 10 -Determinazione dell' indennizzo -Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulla quantificazione dell'indennizzo debbono essere demandate a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell' Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio

dell'Ordine dei Medici suddetto. 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 sin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei 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 rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 11 -Assicurazione per conto altrui

Omissis...

Art. 12 -Altre Assicurazioni

Omissis...

Art. 13 -Pagamento del premio

Omissis...

Art. 14 -Proroga dell'assicurazione

Omissis...

Art. 15 -Determinazione del premio

Omissis...

Art. 16 -Regolazione del premio

Omissis...

Art. 17 -Iscrizioni di familiari e dipendenti

Alla presente polizza possono aderire i familiari dei Titolari e dei Soci, i dipendenti delle Aziende iscritte ed i familiari conviventi di questi ultimi, gli associati A.N.A.P. ed i loro familiari conviventi con analoghe garanzie e massimale assicurato, ad un premio finito, per nucleo familiare, di euro 25,00.

Tali familiari dovranno risultare conviventi degli iscritti a tutti gli effetti. Il massimale si intende unico per l'intero nucleo.

Art. 18 –Dipendenti della Contraente.

Omissis...