

ASSICURAZIONE Malattia e Infortunio

DIP - Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo:

Compagnia: AdIR “Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana”
Polizza Rimborso Spese Sanitarie Collettiva da Infortunio e Malattia

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto denominato “Rimborso Spese Sanitarie Collettiva da Infortunio e Malattia” garantisce il rimborso delle spese sostenute dagli Assicurati per le cure sanitarie, reso necessario da malattia o infortunio.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese mediche connesse ad un ricovero con o senza Intervento Chirurgico, o ad un Day Hospital/Day Surgery, o ad Intervento chirurgico Ambulatoriale, od a prestazioni extra ricovero, reso necessario da Malattia o Infortunio. Nel caso il ricovero a carico del servizio sanitario nazionale verrà corrisposta un'Indennità sostitutiva. La polizza garantisce anche le spese pre e post connesse al Ricovero o Day Hospital /Day Surgery o Intervento Chirurgico
- ✓ Ambulatoriale e particolari prestazioni specialistiche extra-ricovero tra cui: prestazioni di alta diagnostica (da elenco), Visite Specialistiche/accertamenti diagnostici/esami di laboratorio, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi conseguenti ad Infortunio, lenti/occhiali, cure odontoiatriche), cure oncologiche ed pacchetto maternità.

Servizi Aggiuntivi:

- Card Salute Virtuale
- Tariffe vantaggiose
- Cartella Medica online
- App Mobile

L'Impresa di assicurazione indennizza i danni subiti dall'assicurato fino a un importo massimo stabilito in polizza (cd. massimale assicurato) con riferimento a ciascuna garanzia.



Che cosa non è assicurato?

✗ Sezione Malattia: non sono assicurabili:

- ✗ Non sono assicurabili i soggetti con età massima all'ingresso di 69 anni compiuti e di età massima all'uscita di 70 anni compiuti;
- ✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS;
- ✗ Le persone non residenti in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano;
- ✗ i soli componenti del Nucleo Familiare;
- ✗ le Patologie Preesistenti e relative complicanze, conseguenze e/o recidive in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- ✗ le conseguenze di stati invalidanti e di infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza della copertura, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- ✗ le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- ✗ gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- ✗ gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- ✗ gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- ✗ . e conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- ✗



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono previste esclusioni e le garanzie possono presentare franchigie, scoperte e limiti di indennizzo specifici.
- ! Sono operanti dei Termini di Carenza durante i quali le garanzie non sono operanti, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie della polizza sono valide in tutto il mondo a condizioni che il soggiorno non si protragga oltre 90 giorni.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza oppure la perdita totale o parziale dell'indennizzo.

Se il Dirigente decide di includere in copertura il Nucleo Familiare la richiesta di adesione deve essere inviata alla Società entro il primo mese dalla Data di Decorrenza della Polizza del Dirigente, oltre tale periodo i familiari non possono essere inclusi, salvo eventuali variazioni dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita avvenute successivamente all'assunzione del Dirigente oppure al primo rinnovo utile. Fermo il limite di tempo di un mese.

In caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a comunicarlo alla Centrale Operativa appena ne ha la possibilità.

Se l'Assicurato ritiene di avvalersi di Strutture Convenzionate, prima di accedere all'Istituto di Cura, con un preavviso di almeno di due giorni lavorativi (salvo casi di comprovata urgenza), devi sempre contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione al Pagamento Diretto della prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio è annuale anticipato e non vi sono rateizzazioni.

Puoi pagare il premio mediante:

- bonifico bancario;
- moneta elettronica;

Devi provvedere al pagamento del Premio direttamente in favore della Compagnia o in favore dell'Agenzia presso cui viene stipulato il contratto.

Il Premio è comprensivo di imposte, tasse e contributi nella misura prevista dalla vigente normativa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre (fatti salvi eventuali Termini di Carenza, ove previsti) dalle ore 24 del giorno in cui hai firmato la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva.

Se non paghi i Premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

La validità dell'assicurazione è annuale, con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascun rinnovo.

Per i soli componenti del Nucleo Familiare sono previsti dei termini di aspettativa (detti anche "carenze") per cui la copertura assicurativa inizia:

- dal momento in cui ha effetto la polizza o della data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per gli infortuni;
- dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per le Malattie;
- dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per il parto se la gravidanza è iniziata successivamente dalla Data di Decorrenza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per le cure odontoiatriche.



Come posso disdire la polizza?

"In presenza di tacito rinnovo può disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. In mancanza di disdetta, esercitata nei termini e nelle modalità indicate, l'Assicurazione si intende rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno."



Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo danni)

Compagnia: Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana
Prodotto: RIMBORSO SPESE SANITARIE COLLETTIVA DA INFORTUNIO E MALATTIA

Data ultimo aggiornamento: 31/07/2023

Il Dip aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni) per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Chi è l'Impresa di Assicurazione?

Le Assicurazioni di Roma Mutua Assicuratrice Romana.

Sede legale: Italia

Indirizzo: Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma

Recapito telefonico: 0658781 - Sito internet: www.adir.it

Indirizzo e mail: info@adir.it;

PEC: adir@pec.it

Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 26/11/1984 pubblicato sulla G.U. n. 357 del 31/12/1984 sup ord. N. 79 e Provv. ISVAP n°2602 del 28/03/2008 su Bollettino ISVAP, anno III° n. 3 (Sez. I - Albo Imprese IVASS n° 1.00040).

Il Patrimonio netto di Le Assicurazioni di Roma è pari a 184,3 milioni di euro di cui 15,5 milioni di euro di fondo di garanzia statutario e 168,8 milioni di euro di riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), che rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità e l'ammontare dell'SCR, per l'anno 2021 è pari al 264,82%.

Il requisito patrimoniale minimo è pari ad € 19.150.381,00.

I fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari ad € 202.858.838,00.

La legislazione applicabile al contratto, in base all'art. 180 del D.Lgs. 209/2005, è quella italiana.



Che cosa è assicurato?

GARANZIE

La Società garantisce i rimborsi delle spese sostenute dagli Assicurati per le cure sanitarie, a seguito di infortuni o malattia. Le prestazioni sanitarie di cui la Società si fa carico vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato, contattando preventivamente la Struttura Operativa. L'Assicurato può comunque rivolgersi presso Strutture non Convenzionate.

È possibile estendere la copertura assicurativa anche al nucleo familiare del Dirigente di Roma Capitale.

È previsto un rimborso per le seguenti spese, sostenute dall'Assicurato in caso di prestazioni correlate a:

- **Ricovero con Intervento Chirurgico o senza Intervento Chirurgico;**
- **Day Hospital / Day Surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale;**
- **Spese pre e post connesse ad un ricovero anche senza intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale;**
- **Parto fisiologico, parto cesareo/aborto terapeutico, chirurgia refrattiva**
- **Rette di degenza;**
- **Spese per vitto e pernottamento accompagnatore;**
- **Trasporto Sanitario:** vengono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura, di trasferimento da un istituto ad un altro e di rientro alla propria abitazione con mezzo di trasporto sanitario;
- **Rimpatrio della salma:** vengono rimborsate le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia;
- **Indennità sostitutiva;**
- **Indennità sostitutiva per ricovero con Intervento Chirurgico o senza Intervento Chirurgico e Day Hospital / Day Surgery;**
- **Ticket SSN - ospedaliero:** vengono rimborsate le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione assicurata.
- **Prestazioni extraospedaliere di Alta Diagnostica (da elenco);**
- **Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio;**
- **Trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti infortunio;**
- **Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero;**
- **Lenti, occhiali;**
- **Cure odontoiatriche conseguenti a malattia e/o infortunio e prevenzione dentaria;**
- **Medicina preventiva – check up;**
- **Pacchetto maternità:** vengono rimborsate le spese per ecografie effettuate durante la gravidanza, viene corrisposta un'indennità sostitutiva nel regime in SSN per il parto e vengono rimborsate le spese per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita del neonato.

Le prestazioni vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato e per il tramite e con l'assistenza di una Struttura Organizzativa specializzata. Per ottenere le prestazioni è obbligatorio contattare la Centrale Operativa.

Per "Struttura Organizzativa" si intende la struttura costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto dell'Impresa al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico dell'Impresa.

Ogni Prestazione da effettuare presso Strutture Convenzionate deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

AVVERTENZA: per ciascuna delle garanzie sopra descritte l'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente (e previste in polizza).

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- infezioni da H.I.V. e sindromi correlate con o senza A.I.D.S.

Non possono accedere alle prestazioni persone di età superiore a 70 anni.



Ci sono limiti di copertura?

<p>Sono previste le seguenti Esclusioni</p>	<p>L'Assicurazione non è operante per:</p> <ul style="list-style-type: none">a. le Patologie Preesistenti (fatta eccezione della garanzia "Cure Dentarie conseguenti a Malattia" – per la quale non si applica l'esclusione), lo stato di gravidanza (nonché le relative complicanze, conseguenze) iniziato anteriormente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;b. le conseguenze di stati invalidanti e Infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura assicurativa (fatta eccezione della garanzia "Cure Dentarie conseguenti a Malattia" – per la quale non si applica l'esclusione), in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;c. le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta;d. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate precedentemente la Data di Decorrenza o successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;e. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;f. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;g. le prestazioni effettuate per familiarità o predisposizione genetica;h. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;i. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;j. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale o Sperimentale, per l'agopuntura praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo non viene applicata l'esclusione;k. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;l. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;m. gli Infortuni subiti in stato di ubriachezza/ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli in o in conseguenza di proprie azioni delittuose;n. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;o. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;p. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
	<ul style="list-style-type: none">q. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;r. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;s. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;t. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;u. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati: a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;v. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse anche le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;

- w. l'interruzione volontaria della gravidanza;
- x. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate;
- y. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- z. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- aa. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con intervento chirurgico e Day Surgery;
- bb. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
- cc. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
- dd. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
- ee. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie descritte al precedente art. 18;
- ff. qualsiasi indennità, beneficio, conseguenza e / o evento derivante da patologie riconducibili ad epidemie locali definite dall'ente statutario locale riconosciuto o epidemie con caratteristiche pandemiche definite dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC), tali da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Termini di carenza:

Per i dirigenti del Comune di Roma non vengono applicati i Termini di Carenza.

Per i soli componenti del Nucleo Familiare vengono applicati i Termini di Carenza per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza della Polizza o della data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- le Malattie: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- il Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, se la gravidanza è iniziata successivamente alla Data di Decorrenza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- le cure odontoiatriche: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato.

Trascorso il Termine di carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici durante i suddetti Termini di carenza, se coperte ai termini di Polizza, sono rimborsate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

<p>Massimali, franchigie e scoperti</p>	<p>Massimali, franchigie, scoperti e limiti:</p> <p>Sia per il Dirigente di Roma Capitale sia per il Nucleo Familiare (qualora prevista l'inclusione) sono previste le stesse garanzie incluse nella Scheda Riepilogativa di seguito riportata.</p> <p>Se non diversamente indicato:</p> <ul style="list-style-type: none">- I Massimali e limiti si applicano per Anno Assicurativo e per persona.- Gli Scoperti/Franchigie si applicano per Evento.
--	---

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Ricovero con/senza Intervento Chirurgico Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
<u>Massimale annuo</u>	€ 500.000
Condizioni di Rimborso:	al 100%
Regime Diretto Regime Rimborsuale	applicazione di uno Scoperto del 10%
Spese precedenti/successive (PRE/POST)	riconosciute nel 120 giorni PRE e nei 120 giorni POST (*)
<u>Submassimale nell'ambito del Massimale annuo:</u> parto fisiologico (inclusa nel submassimale la Retta di Degenza) parto cesareo /Aborto Terapeutico (inclusa nel submassimale la Retta di Degenza) chirurgia refrattiva (inclusa nel submassimale la Retta di Degenza)	€ 5.000 (senza applicazione di Scoperti) € 10.000 (senza applicazione di Scoperti) € 1.500 per occhio (senza applicazione di Scoperti)
Limite rimborsabile per Retta di Degenza	nessun limite
Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 100 al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno
Spese per il trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 l'anno (senza applicazione di Scoperti)
Spese per il rimpatrio della salma	€ 3.000 l'anno (senza applicazione di Scoperti)
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno
Spese precedenti/successive (PRE/POST) l'indennità Sostitutiva	riconosciute nel 120 giorni PRE e nei 120 giorni POST (*)
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%, fermo il Massimale annuo previsto dalla garanzia

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

Alta Diagnostica (da elenco)	
<u>Massimale annuo</u>	€ 10.000
Condizioni di Rimborso:	applicazione di uno Scoperto del 20%
Regime Diretto / Regime Rimborsuale	al 100%
Ticket (SSN)	
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio	
<u>Massimale annuo</u>	€ 4.000
Condizioni di Rimborso:	applicazione di uno Scoperto del 20%
Regime Diretto / Regime Rimborsuale	al 100%
Ticket (SSN)	
<u>Submassimali nell'ambito del Massimale annuo</u> (condizioni di Rimborso come sopra)	
- Medicinali	€ 250
- Assistenza Infermieristica Domiciliare	€ 50 al giorno ed entro il submassimale di € 1.500
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi <u>conseguenti a Malattia</u>	
- agopuntura	€ 4.000
- logopedia	
Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi <u>conseguenti ad Infortunio</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 2.500
Condizioni di Rimborso:	al 100%
Regime Diretto / Regime Rimborsuale	al 100%
Ticket (SSN)	
Cure oncologiche <u>effettuate in regime extraospedaliero</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 10.000
Condizioni di Rimborso:	al 100%
Regime Diretto / Regime Rimborsuale	al 100%
Ticket (SSN)	
Lenti / occhiali	
<u>Massimale annuo</u>	€ 500
Condizioni di Rimborso:	applicazione di una Franchigia fissa di € 50
Prevenzione dentaria	
Condizioni:	1 ablazione all'anno, da effettuare presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto
Cure dentarie conseguenti ad Infortunio (<u>escluse le cure ortodontiche</u>)	
<u>Massimale annuo</u>	€ 4.000
Condizioni di Rimborso:	al 100%
Regime Diretto / Regime Rimborsuale	al 100%
Ticket (SSN)	
Cure dentarie conseguenti a Malattia (<u>escluse le cure ortodontiche</u>)	
<u>Massimale annuo</u>	€ 2.500
Condizioni di Rimborso:	applicazione di uno Scoperto del 20%
Regime Diretto / Regime Rimborsuale	al 100%
Ticket (SSN)	

- Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

- Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa entro 10 giorni dalla data dell'evento o non appena ne abbia la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nell' area riservata <https://app.myassistance.eu> o nell' App MyAssistance dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali (user ID e password).

Qualora l'Assicurato decida di usufruire di Strutture Convenzionate - Pagamento diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del Regime Misto - parte con Pagamento Diretto e parte a Rimborso (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica no) deve chiedere specifica autorizzazione alla Centrale Operativa di MyAssistance.

Il Pagamento Diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate con MyAssistance e abbia richiesto a quest' ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento Diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

L'operatore della Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la Struttura Convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'Assicurato via e-mail.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Pagamento Diretto, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

Qualora invece l'Assicurato decida di non avvalersi della procedura di Pagamento Diretto, quindi con ricorso a Strutture non Convenzionate oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso Strutture Convenzionate), per ottenere il Rimborso delle spese sostenute deve denunciare il Sinistro alla Centrale Operativa entro 10 giorni dalla data dello stesso o da quando ne ha avuto la possibilità.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

- Gestione del Sinistro

Il Pagamento diretto che la Società effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà la Società stessa nei loro confronti e 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 la Società abbia già corrisposto.

Il Pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Giornaliera viene invece gestita dalla Centrale Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, Da studio medico oppure da medico specialista, da un medico dentista iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere effettuate da infermiere professionista mentre i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi possono essere effettuati da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

- Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Pagamento Diretto qualora, si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

- Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assicurato può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

- Regime Diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la Società paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e non autorizzata.
- Regime Rimborsuale (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimborso alla Società. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.
- Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): La Società paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'Assicurato deve saldare eventuali Scoperti a suo carico, come previsto dal Regime Convenzionato, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Inoltre, l'Assicurato deve saldare le spese del medico non convenzionato e richiedere successivamente alla Società il Rimborso delle stesse. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti, come previsto dal Regime non Convenzionato, o somme eccedenti i Massimali, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza richiedere preventivamente l'autorizzazione al Regime Diretto, si applicherà quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

Il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery): Rimborso con applicazione dello Scoperto previsto per il Regime Convenzionato – Pagamento diretto o applicazione dello Scoperto previsto per il Regime non Convenzionato. Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali Scoperti già applicati sulle spese sostenute durante il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico o Day Hospital / Day Surgery oppure Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

– Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

Regime Diretto

L'Assicurato dovrà inviare tramite area web riservata, app MyAssistance, e-mail sinistri.adir@myassistance.it, oppure via fax +39 02.87.18.19.75 la prescrizione medica compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto) con le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta, per il familiare dovrà essere indicata anche data d'insorgenza della stessa;
- in caso di regime ospedaliero: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.

- Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- ;
- in caso di regime extraospedaliero: tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.);
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia e agopuntura: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di cure dentarie: i trattamenti da eseguire e data di inizio cure;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinic, ortopantomografie - OPT - etc.) inclusa la descrizione dell'Infortunio completo di luogo, data e ora.

Per eseguire il pacchetto di "prevenzione - check up" e di "prevenzione dentaria", l'Assicurato deve contattare preventivamente la Struttura Operativa (ai recapiti indicati al precedente art. 23 "Recapiti") che provvederà, in accordo con l'Assicurato, a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il pacchetto di prevenzione.

Regime Rimborsuale

Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato – a cure ultimate - deve inviare quanto di seguito specificato:

- per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate;
 - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.).
 In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
 - per l'Indennità Sostitutiva, cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliere (S.D.O.);
 - per il Rimborso delle Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia, agopuntura:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali.
 La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;
 - documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta, per i familiari dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della stessa.
 Per i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia e agopuntura la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
 - per i medicinali, prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale. Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;
 - per l'Assistenza Infermieristica domiciliare, prescrizione del medico di base o dello specialista;
 - per le cure dentarie, fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate e il dettaglio dei trattamenti effettuati;
 - per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, prescrizione prime lenti o modifica del visus compilata dal medico oculista o da ottico optometrista.
- Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'Anno Assicurativo;
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici, ortopantomografia – OPT - etc.), inclusa la descrizione dell'infortunio completo di luogo, data e ora.

La documentazione dovrà essere inviata tramite area web riservata, app dedicata di MyAssistance, e-mail sinistri.adir@myassistance.it, fax +39 02.87.18.19.75 oppure in modalità cartacea al seguente indirizzo:

MyAssistance S.r.l.

Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 - 20147 Milano

Regime Misto

Vale quanto normato ai precedenti punti "Regime Convenzionato – Pagamento Diretto" per l'attivazione del Pagamento diretto con la Struttura Convenzionata e "Regime non Convenzionato per la richiesta di Rimborso delle spese sostenute presso Strutture non Convenzionate.

	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 C.C.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<p>Pagamento del sinistro</p> <p>MyAssistance, ricevuta tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza, comunica alla Società il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il Rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.</p> <p>In caso di utilizzo di Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati) MyAssistance provvede al rimborso di quanto pagato dall'Assicurato per equipe medica non convenzionata, dopo il ricevimento da parte della struttura convenzionata delle fatture relative alla parte convenzionata.</p> <p>I tempi di pagamento alle strutture convenzionate per le prestazioni erogate in forma diretta sono disciplinati dagli accordi di convenzionamento tra la Società di gestione sinistri Malattia e il network convenzionato stesso.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>- Modalità pagamento</p> <p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p> <p>Il presente contratto non prevede il ricorso a tecniche di vendita multilevel marketing e specifici mezzi di pagamento dei premi da parte dei componenti della rete.</p> <p>- Frazionamento</p> <p>E' previsto il frazionamento semestrale</p> <p>frazionamento</p>
Rimborso	Non è previsto il recesso anticipato da parte dell'Impresa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	<p>Il presente contratto non prevede casi specifici di sospensione delle garanzie.</p> <p>Valgono in ogni caso le disposizioni di cui all'art. 1901 del Codice Civile.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	<p>Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 C.C.</p> <p>Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai Premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.</p> <p>In caso di soggetti:</p> <ul style="list-style-type: none">- affetti da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS,- che perdono il requisito di residenza in Italia <p>resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa contestualmente.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

È un prodotto rivolto ai **Dirigenti** di Roma Capitale ed ai rispettivi nuclei familiari, come indicato nelle definizioni di polizza.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione:

Questa polizza non prevede alcun costo di intermediazione in quanto "Le Assicurazioni di Roma" non si avvale di intermediari ma distribuisce il prodotto direttamente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>I reclami vanno inoltrati a: Le Assicurazioni di Roma, Servizio Reclami – Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma, Fax 065878335; e mail reclami@adir.it. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it.</i></p> <p>Possono inoltre essere presentati direttamente all'IVASS, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti: l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni – e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.</p> <p>In particolare i reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.</p> <p>Non rientrano nella competenza dell'IVASS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità e alla quantificazione delle prestazioni assicurative, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti; b. i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;
	<ul style="list-style-type: none"> c. i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB – Via G.B. Martini 3 – 00198 Roma; d. i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP – Piazza Augusto Imperatore, 27 – 00186 Roma – Italia. <p>In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.</p> <p>Resta in ogni caso salva la facoltà del Cliente di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010 n. 28. La richiesta di mediazione nei confronti delle Assicurazioni di Roma, deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli indicati nel sito ANIA, raggiungibile tramite il link www.ania.it/CONSUMATORI/Mediazione.html. Le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari". Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli o natanti.</p>

<p>Negoziazione assistita</p>	<p>È una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n. 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto l'obbligo di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intende chiedere un pagamento – a qualsiasi titolo – di somme inferiori a 50.000 euro, fatta eccezione per le materie per le quali è prevista la mediazione obbligatoria – vedasi punto precedente – nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli e natanti. La parte, prima di iniziare una causa, dovrà a pena di improcedibilità tentare quindi la negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>- Arbitrato</p> <p>Il presente contratto non prevede la possibilità di ricorrere ad Arbitrato per la risoluzione di controversie tra le Parti. Tuttavia il contratto, al solo fine della determinazione del danno, prevede che le Parti possano nominare propri periti i quali, in caso di disaccordo, devono nominare un terzo perito.</p> <p>In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Perito, mentre le spese del terzo Perito sono ripartite a metà.</p> <p>In ogni caso è sempre possibile per il Contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AGLI ASSICURATI (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

POLIZZA SANITARIA COLLETTIVA
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA OD INFORTUNIO

La presente polizza è stipulata tra il Contraente:

ROMA CAPITALE
Dipartimento Organizzazione e Risorse Umane
Via del Tempio di Giove 3 – 00186 Roma

e

Le Assicurazioni di Roma
Lungotevere Vittorio Gassman 22
00146 Roma

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del	31.07.2023
alle ore 24.00 del	31.07.2024

Numero di polizza: 001.81.39082

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nel Set informativo con il significato loro attribuito dalla Società.

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione gli stessi termini sono evidenziati in carattere maiuscolo.

Il termini espressi al singolare valgono anche al plurale e vice versa.

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Anno Assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Assicurato

Il personale Dirigente di Roma Capitale e relativo Nucleo Familiare (se incluso).

Assicurazione

il contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un Sinistro, entro i limiti convenuti

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance incaricata per la gestione e liquidazione dei Sinistri, costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione delle prestazioni e alla definizione dei Sinistri.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibito al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzato al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Certificato di Polizza

Il documento che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza della Polizza, Premio, etc.)

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: Roma Capitale – Dipartimento Organizzazione e Risorse Umane.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.

Data di Decorrenza

La data indicata sul Certificato di Polizza dalla quale decorre l'Assicurazione, fatto salvo eventuali Termini di Carenza e se il Premio o una rata di Premio è stato pagato.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi acquisite per condizioni morbose, traumatiche o le alterazioni evidenziate nel corso dello sviluppo fisiologico

Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere – il singolo Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, i trattamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente e relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi – l'insieme di tutti i trattamenti facenti parte dello stesso ciclo di cura inviati contemporaneamente e relativi la stessa patologia.
- Prestazioni odontoiatriche - l'insieme di tutti i trattamenti odontoiatrici inviati contemporaneamente e relativi la stessa garanzia.

Franchigia

L'importo prestabilito in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato perché non pagato né rimborsato dalla Società. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso delle spese sanitarie.

Indennizzo o indennità o Rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgo.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, tototerapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo che rappresenta il massimo esborso della Società in relazione alle coperture prestate per Anno Assicurativo.

Medicina Alternativa o complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Società, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Nucleo Familiare:

Costituiscono il nucleo familiare del Dirigente: il coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o il convivente "more uxorio", i figli fino a 26 anni di età fiscalmente a carico e non, purchè conviventi; tutti facenti parte del medesimo Stato di Famiglia.

Patologie Preesistenti:

Gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati e/o che abbiano dato origine a cure mediche, esami clinici (strumentali o di laboratorio) o viste anteriormente alla data di decorrenza della copertura del familiare, nonché le relative complicanze, conseguenze e/o recidive.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Regime Diretto – Pagamento Diretto

L'accesso, tramite preventiva attivazione con la Centrale Operativa, ad una Struttura Convenzionata (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati). Il costo delle spese viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato medesimo, nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi di Polizza.

Regime Misto

L'accesso, tramite preventiva attivazione con la Centrale Operativa, ad una Struttura Convenzionata, per la quale verrà applicato il Regime Diretto, ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati, per i quali verrà applicato il Regime Rimborsuale.

Regime Rimborsuale

L'accesso da parte dell'Assicurato a Strutture non Convenzionate, richiedendo a cura ultimata il Rimborso delle prestazioni ricevute.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestatati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, con o senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato perché non pagata nè rimborsata dalla Società. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Società

AdiR "Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana"; L.go Tevere Vittorio Gassman 22 – 00146 Roma.

Sperimentale

Si intendono tutti i farmaci, trattamenti medici o chirurgici per i quali non sono terminate le fasi di sperimentazione o non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'ente preposto. Ai sensi del presente contratto di assicurazione si equiparano a sperimentali anche i farmaci, trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

S.S.N.

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata con MyAssistance costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Strutture non Convenzionate

Strutture non facenti parte della rete convenzionata MyAssistance.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Termini di Carenza:

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della copertura dello specifico Assicurato durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visite Specialistiche

Prestazione sanitaria effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie e accertamenti a cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del questionario sanitario. (documento che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato).

Art. 2 Decorrenza dell'Assicurazione – Pagamento del Premio

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Polizza:

- fatti salvi eventuali Termini di Carenza, ove previsti e
- se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati, entro il termine di comporto di seguito indicato;

altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il Premio entro i termini di comporto stabiliti, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24:00 del giorno della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

Trascorso il termine di comporto di 60 giorni, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della polizza, fermo il diritto ai Premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contratto prevede la corresponsione da parte del Contraente di un Premio annuo anticipato, il cui importo è indicato in Polizza.

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Per i Dirigenti in servizio il costo della copertura sanitaria è a totale carico del Contraente.

Se il Dirigente intende estendere la copertura sanitaria anche al proprio Nucleo Familiare il costo è interamente a carico del Dirigente (per la parte relativa ai familiari).

Art. 3 Durata dell'Assicurazione / tacita proroga

L'Assicurazione ha durata annuale e scade alle ore 24 del giorno indicato in Polizza.

In mancanza di disdetta da parte del Contraente o della Società, mediante preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, la stessa s'intende rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti.

Art. 5 – Persone Assicurabili

L'Assicurazione è prestata a favore dei Dirigenti in servizio presso Roma Capitale.

Il Dirigente in servizio può decidere di includere in copertura anche il proprio Nucleo Familiare (come da definizione di "Nucleo Familiare"), utilizzando la propria area riservata (cd. Home Insurance), previa registrazione al servizio. Per effettuare la registrazione, è necessario collegarsi al sito Internet www.adir.it, selezionare il link "area clienti" ed effettuare la registrazione. Completata l'operazione, la Società invierà via mail all'assicurato le credenziali da utilizzare per l'accesso. L'adesione dovrà essere richiesta entro e non oltre il primo mese dalla Data di Decorrenza della Polizza dei Dirigenti di Roma Capitale, ed il relativo pagamento dovrà essere effettuato con valuta entro e non oltre il 30 Agosto. Oltre tale periodo, i familiari non potranno più essere inclusi, salvo:

- eventuali variazioni dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita avvenute successivamente al primo mese dalla Data di Decorrenza della Polizza dei Dirigenti di Roma Capitale;
- i successivi rinnovi della Polizza, fermo il limite temporale di un mese per la comunicazione.

Tutte le persone assicurate devono essere residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Il nominativo di ogni Assicurato sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società ed integrato dalle comunicazioni "Inclusioni-Esclusioni".

Non è ammessa l'inclusione in copertura del solo Nucleo Familiare.

Art. 6 – Identificazione degli Assicurati

La Contraente fornisce alla Società, entro e non oltre il 31 luglio, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo di tutti gli Assicurati.

Art. 7 Inclusioni / Esclusioni delle persone assicurate – Regolazione del Premio

7.1 Nuove assunzioni in corso d'Anno Assicurativo

Nel caso di nuove assunzioni/nomine, l'Assicurazione per il Dirigente in servizio decorre dalle ore 00,00 del giorno della comunicazione dell'assunzione stessa da parte della Contraente alla Società.

Il Dirigente può chiedere l'inserimento del proprio Nucleo Familiare entro un mese dalla data della comunicazione alla Società del nuovo Dirigente.

Se l'adesione del Nucleo Familiare non viene inviata alla Società entro un mese dalla comunicazione del nuovo Dirigente, i familiari non potranno più essere inclusi, salvo eventuali variazioni dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita avvenute successivamente all'assunzione del Dirigente o in occasione del primo rinnovo utile.

7.1.1 Inclusione in corso d'Anno Assicurativo di familiari per variazione dello Stato di Famiglia

Per il Dirigente in copertura alla Data di Decorrenza della Polizza è possibile includere nuovi familiari solo se vi è una variazione dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita; la comunicazione deve essere effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui verrà comunicata la variazione dello Stato di Famiglia, sempreché questa venga comunicata entro e non oltre un mese dall'evento; oltre tale periodo i familiari potranno essere inclusi solo al primo rinnovo utile e la comunicazione dovrà essere fatta entro un mese dalla data di decorrenza del rinnovo.

Relativamente alle inclusioni nel corso dell'Anno Assicurativo previste ai sopraelencati punti 7.1 e 7.1.1 del presente articolo, il Premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del Premio annuo se l'inclusione avviene nel primo semestre; se avviene nel secondo semestre dell'anno sarà pari al 70% del Premio annuo di Polizza.

7.2 Regolazione del Premio

Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita appendice da parte della Società e contestuale pagamento del Premio da parte della Contraente (o entro 31 giorni).

Dall'annualità successiva all'inclusione in poi, il Premio dovrà essere pagato interamente e sarà integrato nel Premio di rinnovo annuale della Polizza.

7.3 Esclusioni in corso d'anno

Per le esclusioni in corso d'anno la Società non rimborserà il Premio pagato e non goduto.

Sarà facoltà del Contraente far cessare la copertura sanitaria per l'ex Dirigente a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla sua naturale scadenza. L'Associato dovrà comunicare alla Società la data dalla quale la copertura non dovrà più essere attiva.

Per tutti i componenti del Nucleo Familiare, se inclusi in copertura, l'Assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per l'ex Dirigente.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere effettuate per iscritto e hanno effetto dal momento in cui pervengono alla Società.

Art. 9 - Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo a condizioni che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni.

Art. 10 - Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c.

Art. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.
Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 12 - Altre assicurazioni

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari.

Art. 13 - Foro competente

In caso di controversie giudiziarie il Foro competente è quello di Roma.

Art. 14 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti possono conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti previsti dalla presente assicurazione, 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 giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.
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, anche se uno dei medici dovesse rifiutarsi di firmare il relativo verbale.

Art. 15 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 16 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di Legge.

OGGETTO E DESCRIZIONE DELLE GARANZIE

Art. 18 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1, le spese sostenute dall'Assicurato, durante il periodo di validità della Polizza, per prestazioni sanitarie, **rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio** avvenuto in corso di contratto.

E' ricompreso il parto e l'Aborto Terapeutico.

I Massimali e limiti, indicati nella scheda riepilogativa riportata all'allegato 1, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona.

Di seguito vengono descritte le garanzie incluse nella presente copertura assicurativa:

Garanzie Ospedaliere

A. Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale

La Società riconosce, entro il Massimale per Anno Assicurativo e per persona ed entro i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1 le:

SPESE PRE (precedenti)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.

SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere resi necessari dell'Intervento Chirurgico stesso), medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

Gli interventi di chirurgia refrattiva sono inclusi in caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie; o
- difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.

SPESE POST (successive)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere resi necessari dell'Intervento Chirurgico stesso), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.

B. Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

La Società riconosce, entro il submassimale per Anno Assicurativo e per persona ed entro i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1 le:

SPESE PRE (precedenti)

Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati precedentemente il Ricovero e resi necessari dal Ricovero stesso.

SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, consulenza medico specialistica, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento, diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

SPESE POST (successive)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati successivamente la data di dimissioni e resi necessari dal Ricovero stesso.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo/Aborto Terapeutico.

C. Parto fisiologico

La Società riconosce, entro il submassimale per Anno Assicurativo e per persona ed entro i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1 le:

SPESE PRE (precedenti)

Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati precedentemente il Ricovero e resi necessari dal Ricovero stesso.

SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, consulenza medico specialistica, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento, diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

SPESE POST (successive)

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati successivamente la data di dimissioni e resi necessari dal Ricovero stesso.

D. Indennità Sostitutiva

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico la Società riconosce, entro i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1, un'Indennità Sostitutiva, se le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva:

- viene pagata senza applicazione di Scoperti/Franchigie, fermi i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1;
- **non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non ne consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.**

Qualora le spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e SPESE POST come descritte al precedente punto A. e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

La Società riconosce, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket (SSN), fermi i limiti previsti.

Inoltre sono ricomprese, se rese necessarie dalla Malattia o dall'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso, le seguenti spese:

a) Vitto e pernottamento dell'accompagnatore

La Società riconosce le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

b) Trasporto dell'Assicurato

La Società riconosce le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero, con il limite indicato alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.

c) Rimpatrio della salma

La Società riconosce le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio, con il limite indicato alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

Prestazioni Extraospedaliere

E. Alta Diagnostica

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati **alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1**, le spese per le seguenti prestazioni:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia

- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia.

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia
- Rettoscopia

Le spese sostenute a titolo di ticket (SSN) vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

F. Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1, le spese per:

- onorari medici per Visite Specialistiche, **con esclusione di quelle: di controllo della gravidanza, odontoiatriche e ortodontiche, quest'ultime se non rese necessarie da Infortunio;**
- esami di laboratorio e accertamenti diagnostici **con esclusione di quelli di Alta Diagnostica inclusi al precedente punto E. Sono, altresì, esclusi accertamenti ed esami, finalizzati al controllo della gravidanza;**
- medicinali, **con esclusione dei prodotti omeopatici;**
- Assistenza Infermieristica domiciliare prescritta dal medico di base;
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, conseguente a Malattia, effettuati presso Istituti di Cura, o Centro Medico, o da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo oppure da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per Anno Assicurativo;
- agopuntura, purché prescritta da medico specialista e praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo;
- logopedia effettuata e fatturata da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista e prescritta dal medico specialista, conseguente a Malattia o Infortunio.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario (SSN) vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto, fermi i limiti previsti.

G. Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi conseguenti ad Infortunio

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa

riportata all'allegato 1, le spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, a seguito d'Infortunio, effettuati presso Istituti di Cura, o Centro Medico, o da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo oppure Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

H. Cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1, le spese per terapie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia) anche farmacologica, non effettuate in regime di Ricovero o Day Hospital.

I. Lenti e Occhiali

La Società riconosce le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (**escluse le lenti estetiche**) fino concorrenza del Massimale e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno Assicurativo.

Sono escluse (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

J. Prevenzione dentaria

L'Assicurato ha diritto ogni anno ad una ablazione dentaria (inclusa visita odontoiatrica) presso le Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto.

K. Cure dentarie conseguenti ad Infortunio

La Società riconosce le spese per cure odontoiatriche a seguito d'Infortunio, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto, inclusa la descrizione dell'evento. .

Sono escluse le cure ortodontiche.

L. Cure dentarie conseguenti a Malattia

La Società riconosce le spese per cure odontoiatriche, a seguito di Malattia, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1.

Sono escluse le cure ortodontiche.

Le spese sostenute a titolo di ticket (SSN) vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

M. Prevenzione – Check Up

La Società riconosce all'Assicurato, che abbia compiuto 30 anni, a titolo di prevenzione, un pacchetto di esami diagnostici che potrà essere effettuato:

- in un'unica soluzione;
- una volta all'anno presso le Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto.

Il pacchetto include esclusivamente gli esami diagnostici di seguito riportati.

Uomo	Donna
Esami di laboratorio Emocromo Completo, Azotemia (Urea), Glicemia, Emoglobina Glicosilata, Creatininemia, VES, Protidemia, Protidogramma, Fosfatasi Alcalina, Colesterolo Totale – HDL-LDL, Trigliceridi, Transaminasi (GOT- GPT), Gamma G.T., Bilirubina Totale e Frazionata, Sideremia, Tempo di Protrombina, Tempo di Protrombina Parziale, Omocisteina, Uricemia, Vitamina D, Proteina C Reattiva, FT3, Ft4, TSH, PSA, PSA Free - Esame delle Urine Completo, Sangue Occulto nelle Feci.	Esami di laboratorio Emocromo Completo, Azotemia (Urea), Glicemia, Emoglobina Glicosilata, Creatininemia, VES, Protidemia, Protidogramma, Fosfatasi Alcalina, Colesterolo Totale – HDL-LDL, Trigliceridi, Transaminasi (GOT- GPT), Gamma G.T., Bilirubina Totale e Frazionata, Sideremia, Tempo di Protrombina, Tempo di Protrombina Parziale, Omocisteina, Uricemia, Vitamina D, Proteina C Reattiva, FT3, Ft4, TSH, Esame delle Urine Completo, Sangue Occulto nelle Feci.
Accertamenti diagnostici - Elettrocardiogramma (ECG) - Ecografica Pelvica	Accertamenti diagnostici - Elettrocardiogramma (ECG) - Mammografia bilaterale
Visite Specialistiche - Visita Urologica	Visite Specialistiche - Visita Senologica o Ginecologica

N. Pacchetto Maternità

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa riportata all'allegato 1, le seguenti spese a tutela della maternità:

- ecografie e analisi di laboratorio;
- test genetici prenatali non invasivi (ad esempio: Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale libero circolante, isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale;
- supporto psicologico post-parto.

ESCLUSIONI / LIMITAZIONI

Art. 19 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

La sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto devono essere tempestivamente comunicate alla Società in quanto causa di immediata cessazione della copertura assicurativa per l'Assicurato coinvolto dalle suddette affezioni.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

La perdita del requisito di residenza comporta la cessazione dell'Assicurazione.

Art. 20 - Limite di età

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- età massima all'ingresso: 69 (sessantanove) anni compiuti;
- età massima in uscita: 70 (settanta) anni compiuti.

Qualora il Dirigente in servizio compia il 70° anno di età durante l'annualità assicurativa, la copertura cessa automaticamente alla prima scadenza annuale di Polizza successiva al compimento di tale età da parte del Dirigente in servizio; in tal caso, per tutti i componenti del Nucleo Familiare, se inclusi nella Polizza, la copertura cessa contemporaneamente a quella del titolare.

Qualora, invece, un familiare raggiunga il 70° anno di età durante l'Anno Assicurativo, la copertura cessa alla prima scadenza annua successiva limitatamente a questo Assicurato.

Art. 21 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a. le Patologie Preesistenti (fatta eccezione della garanzia "Cure Dentarie conseguenti a Malattia" - art. 18 lettera L – per la quale non si applica l'esclusione), lo stato di gravidanza (nonché le relative complicanze, conseguenze) iniziato anteriormente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- b. le conseguenze di stati invalidanti e Infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura assicurativa (fatta eccezione della garanzia "Cure Dentarie conseguenti a Malattia" - art. 18 lettera K – per la quale non si applica l'esclusione), in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- c. le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta;
- d. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate precedentemente la Data di Decorrenza o successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;
- e. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- f. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
- g. le prestazioni effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
- h. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- i. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- j. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale o Sperimentale, per l'agopuntura praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo non viene applicata l'esclusione;
- k. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
- l. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- m. gli Infortuni subiti in stato di ubriachezza/ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli in o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- n. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- o. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- p. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
- q. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- r. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;

- s. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- t. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- u. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
- v. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse anche le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- w. l'interruzione volontaria della gravidanza;
- x. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate;
- y. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- z. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- aa. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con intervento chirurgico e Day Surgery;
- bb. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
- cc. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
- dd. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
- ee. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie descritte al precedente art. 18;
- ff. qualsiasi indennità, beneficio, conseguenza e / o evento derivante da patologie riconducibili ad epidemie locali definite dall'ente statutario locale riconosciuto o epidemie con caratteristiche pandemiche definite dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC), tali da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 21bis - Termini di Carenza:

Per i Dirigenti di Roma Capitale non vengono applicati i Termini di Carenza.

Per i soli componenti del Nucleo Familiare vengono applicati i Termini di Carenza, pertanto le garanzie sono operanti ed effettive, salvo le esclusioni al precedente Art. 21 "Esclusioni", per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza della copertura del familiare;
- le Malattie: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della copertura del familiare;
- il Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della copertura del familiare, se la gravidanza è iniziata successivamente alla data di inclusione in copertura del familiare stesso;
- le cure odontoiatriche: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della copertura del familiare.

Trascorso il Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici durante i suddetti Termini di Carenza, se coperte ai termini di Polizza, sono rimborsate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

SERVIZI AGGIUTIVI

Art. 22 Servizi

Gli Assicurati con la presente Assicurazione potranno beneficiare dei seguenti servizi senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

A: Card Salute virtuale:

La Società, per il tramite di MyAssistance, mette a disposizione degli Assicurati, durante la validità della Polizza, una Card Salute nominativa (visibile dall'applicazione mobile o webapp).

B: Tariffe vantaggiose

La Card Salute permette di beneficiare di tariffe agevolate nelle Strutture Convenzionate per prestazioni sanitarie non previste dalla presente copertura il cui elenco è reperibile dal sito internet www.myassistance.it (oltre che dall'applicazione mobile e della webapp).

C: Cartella Medica Personale online

La Cartella Medica Personale è uno strumento che permette di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale. Potrà essere implementata nel corso del tempo con i referti di visite ed accertamenti e con i dati derivanti da ricoveri ospedalieri.

L'Assicurato può consentire l'accesso alla cartella medica online al suo medico per un consulto, o in caso di emergenza ai medici del pronto soccorso.

La cartella medica personale è traducibile automaticamente ed istantaneamente in diverse lingue.

Modalità di attivazione del servizio:

L'Assicurato riceverà dopo la sottoscrizione della Polizza, una lettera di benvenuto da MyAssistance S.r.l. con riportato il codice identificativo personale con il quale accedendo al sito www.medic4all.net e cliccando su "Customer Login" potrà, seguendo le istruzioni, attivare la propria Cartella Medica Personale, nella quale potrà inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati. Al primo accesso alla cartella medica personale, l'Assicurato dovrà modificare la sua password personale con una da lui scelta.

GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 23 - Recapiti

Per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione) e all'attivazione del Regime Diretto la Società si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance che può essere contattata:

- telefonicamente al numero verde 800.32.71.55 (per chiamate dall'Italia) oppure al numero +39 02.30.35.00.024 (per chiamate da cellulare e dall'estero). Numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00;
- inviando una e-mail all'indirizzo sinistri.adir@myassistance.it;

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Per accedere ai servizi messi a disposizione tramite MyAssistance gli Assicurati potranno usufruire dell'area clienti, all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu/> accessibile da smartphone, o PC, oppure tramite l'app MyAssistance.

Le credenziali per il primo accesso all'area clienti saranno fornite agli Assicurati da MyAssistance all'indirizzo mail fornito dal Contraente.

Attraverso l'area clienti è possibile:

- consultare le Strutture Convenzionate;
- richiedere l'attivazione delle prestazioni in Regime Diretto;
- inoltrare le richieste di rimborso (Regime Rimborsuale);
- monitorare lo stato di lavorazione delle proprie pratiche.

Art. 24 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 25 - Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento con le modalità indicate al precedente art. 23 "Recapiti".

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nell' area riservata <https://app.myassistance.eu> o nell' App MyAssistance dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali (user ID e password).

Qualora l'Assicurato decida di usufruire del Regime Diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica no) deve richiedere preventivamente alla Struttura Operativa – almeno 2 giorni prima - l'autorizzazione al Regime Diretto. In mancanza dell'autorizzazione il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

L'operatore della Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la Struttura Convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'Assicurato via e-mail.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Regime Diretto, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il Rimborso / Indennizzo avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, Da studio medico oppure da medico specialista, da un medico dentista iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere fatturate da infermiere professionista mentre i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero il Rimborso viene sempre effettuato in Euro, applicando il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco dovrà essere accompagnata di traduzione in italiano, eventuali oneri di traduzione rimangono a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 26 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Regime Diretto qualora, si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 27 - Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assicurato può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

1. Regime Diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la Società paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti/Franchigie o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e non autorizzata.
2. Regime Rimborsuale (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede, a cura ultimata, il Rimborso alla Società. Dal Rimborso

vengono sottratti Scoperti/Franchigie o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

3. Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): La Società paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'Assicurato deve saldare eventuali Scoperti/Franchigie a suo carico, come previsto dal Regime Diretto, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Inoltre, l'Assicurato deve saldare le spese del medico non convenzionato e richiedere successivamente alla Società il Rimborso delle stesse. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti/Franchigie, come previsto dal Regime Rimborsuale, o somme eccedenti i Massimali, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza richiedere preventivamente l'autorizzazione al Regime Diretto, si applicherà quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

Il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery): Rimborso con applicazione dello Scoperto previsto per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto previsto per il Regime Rimborsuale. Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali Scoperti già applicati sulle spese sostenute durante il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico o il Day Hospita / Day Surgery oppure Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Art. 28 – Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

28.1 Regime Diretto

L'Assicurato dovrà inviare preventivamente, tramite area web riservata, app MyAssistance, e-mail diretta.adir@myassistance.it, oppure via fax +39 02.87.18.19.75 la prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto) con le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o presunta, per il familiare dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della stessa;
- in caso di regime ospedaliero: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di regime extraospedaliero: tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.);
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia e agopuntura: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di cure odontoiatriche: i trattamenti da eseguire e data inizio cure;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio, (es. radiografie, referti clinici, ortopantomografia – OPT - etc.), inclusa la descrizione dell'infortunio completo di luogo, data e ora.

Per eseguire il pacchetto di “prevenzione - check up” e di “prevenzione dentaria”, l'Assicurato deve contattare preventivamente la Struttura Operativa (ai recapiti indicati al precedente art. 23 “Recapiti”) che provvederà, in accordo con l'Assicurato, a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il pacchetto di prevenzione.

Al fine dell'autorizzazione al Regime Diretto, la società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).

Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti/Franchigie, l'eccedenza di Massimali, nonché le prestazioni e le spese non previste dalla presente Assicurazione.

Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non correlate alla diagnosi e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate.

28.2 Regime Rimborsuale

Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato – a cure ultimate - deve inviare quanto di seguito specificato:

- per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate;
 - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.).
In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- per l'Indennità Sostitutiva, cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.);
- per il Rimborso delle Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia, agopuntura:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali.
La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;
 - documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta, per i familiari dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della stessa.
Per i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia e agopuntura la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- per i medicinali, prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale. Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;
- per l'Assistenza Infermieristica domiciliare, prescrizione del medico di base o dello specialista;
- per le cure dentarie, fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate e il dettaglio dei trattamenti effettuati;
- per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, prescrizione prime lenti o modifica del visus compilata dal medico oculista o da ottico optometrista.
Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'Anno Assicurativo;
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici, ortopantomografia – OPT - etc.), inclusa la descrizione dell'infortunio completo di luogo, data e ora.

La documentazione dovrà essere inviata tramite area web riservata, app dedicata di MyAssistance, e-mail sinistri.adir@myassistance.it, fax +39 02.87.18.19.75 oppure in modalità cartacea al seguente indirizzo:

MyAssistance S.r.l.
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 - 20147 Milano

28.3 Regime Misto

Vale quanto normato ai precedenti punti 28.1 per l'attivazione del Regime Diretto con la Struttura Convenzionata e 28.2 per la richiesta di Rimborso delle spese sostenute presso Strutture non Convenzionate.

Art. 29 - Pagamento dei Sinistri a Rimborso

MyAssistance, ricevuta tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza, comunica alla Società il benessere al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il Rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benessere.

Allegato 1 – Scheda Riassuntiva

Sia per il Dirigente di Roma Capitale sia per il Nucleo Familiare (qualora prevista l'inclusione) sono previste le stesse garanzie incluse nella Scheda Riepilogativa di seguito riportata.

Se non diversamente indicato:

- I Massimali e limiti si applicano per Anno Assicurativo e per persona.
- Gli Scoperti/Franchigie si applicano per Evento.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza Intervento Chirurgico Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale <u>Massimale annuo</u> Condizioni di Rimborso: Spese precedenti/successive (PRE/POST) <u>Submassimale nell'ambito del Massimale annuo:</u> parto fisiologico (inclusa nel submassimale la Retta di Degenza) parto cesareo /Aborto Terapeutico (inclusa nel submassimale la Retta di Degenza) chirurgia refrattiva (inclusa nel submassimale la Retta di Degenza)	<p style="text-align: center;">€ 500.000</p> <p style="text-align: center;">al 100% applicazione di uno Scoperto del 10%</p> <p style="text-align: center;">riconosciute nel 120 giorni PRE e nei 120 giorni POST (*)</p> <p style="text-align: center;">€ 5.000 (senza applicazione di Scoperti) € 10.000 (senza applicazione di Scoperti) € 1.500 per occhio (senza applicazione di Scoperti)</p>
Limite rimborsabile per Retta di Degenza	nessun limite
Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore	€ 100 al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno
Spese per il trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 l'anno (senza applicazione di Scoperti)
Spese per il rimpatrio della salma	€ 3.000 l'anno (senza applicazione di Scoperti)
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno
Spese precedenti/successive (PRE/POST) l'indennità Sostitutiva	riconosciute nel 120 giorni PRE e nei 120 giorni POST (*)
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%, fermo il Massimale annuo previsto dalla garanzia
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica (da elenco) <u>Massimale annuo</u> Condizioni di Rimborso: Regime Diretto / Regime Rimborsuale Ticket (SSN)	<p style="text-align: center;">€ 10.000</p> <p style="text-align: center;">applicazione di uno Scoperto del 20% al 100%</p>
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio <u>Massimale annuo</u> Condizioni di Rimborso: Regime Diretto / Regime Rimborsuale Ticket (SSN) <u>Submassimali nell'ambito del Massimale annuo</u> (condizioni di Rimborso come sopra)	<p style="text-align: center;">€ 4.000</p> <p style="text-align: center;">applicazione di uno Scoperto del 20% al 100%</p>
- Medicinali	€ 250
- Assistenza Infermieristica Domiciliare	€ 50 al giorno ed entro il submassimale di € 1.500
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi <u>conseguenti a Malattia</u>	€ 4.000
- agopuntura	€ 4.000
- logopedia	€ 4.000
Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi <u>conseguenti ad Infortunio</u> <u>Massimale annuo</u>	€ 2.500

Condizioni di Rimborso:	Regime Diretto / Regime Rimborsuale Ticket (SSN)	al 100% al 100%
Cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero <i>Massimale annuo</i>		€ 10.000
Condizioni di Rimborso:	Regime Diretto / Regime Rimborsuale Ticket (SSN)	al 100% al 100%
Lenti / occhiali <i>Massimale annuo</i>		€ 500
Condizioni di Rimborso:		applicazione di una Franchigia fissa di € 50
Prevenzione dentaria Condizioni:		1 ablazione all'anno, da effettuare presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto
Cure dentarie conseguenti ad Infortunio (escluse le cure ortodontiche) <i>Massimale annuo</i>		€ 4.000
Condizioni di Rimborso:	Regime Diretto / Regime Rimborsuale Ticket (SSN)	al 100% al 100%
Cure dentarie conseguenti a Malattia (escluse le cure ortodontiche) <i>Massimale annuo</i>		€ 2.500
Condizioni di Rimborso:	Regime Diretto / Regime Rimborsuale Ticket (SSN)	applicazione di uno Scoperto del 20% al 100%
Medicina preventiva – Check Up Prestazioni incluse:	- esami di laboratorio (da elenco) - ECG, ecografia pelvica, mammografia - visita urologica, senologica (o ginecologica)	
Condizioni:		da eseguire in un'unica soluzione, una volta l'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Regime Diretto
Pacchetto Maternità Prestazioni incluse:	- ecografie ed esami di laboratorio - test genetici prenatali non invasivi (es. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - support psicologico post parto	
<i>Massimale annuo</i>		€ 600
Condizioni di Rimborso:		al 100%

(*) Il Rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (Ricovero, Day Hospital/Day Surgery etc). In caso di Ricovero, Day Hospital/Day Surgery in regime SSN le spese PRE e POST vengono Rimborsate al 100%.

Roma

**LE ASSICURAZIONI DI ROMA
MUTUA ASSICURATRICE ROMANA**

IL CONTRAENTE

Il presente contratto è stato stipulato sulla base delle dichiarazioni e dei dati forniti dal Contraente.
Il Contraente dichiara di aver letto e accettato le definizioni e le Condizioni tutte della presente polizza che regolano ciascuna delle garanzie scelte, e **l'Informativa e consenso ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679**.

Agli effetti degli **artt. 1341 e 1342 C.C.** l'**Assicurato** dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Agli effetti dell'art. 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

- Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 – Decorrenza dell'Assicurazione
- Art. 5 – Persone assicurabili
- Art. 12 – Altre assicurazioni
- Art. 13 – Foro Competente
- Art. 14 – Controversie
- Art. 16 – termine di prescrizione
- Art. 19 – Persone non assicurabili
- Art. 20 – Limite di età
- Art. 21 – Esclusioni
- Art. 21 Bis - termini di carenza
- Art. 23 – Recapiti
- Art. 24 – Responsabilità
- Art. 25 – Denuncia di sinistro
- Art. 26 – Restituzione delle somme indebitamente pagate
- Art. 28 – Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

IL CONTRAENTE