



SALUS

CONDIZIONI DI POLIZZA

DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO E CONVALESCENZA

Mod. 39/521 – Ed. 09/06



Società per Azioni di Assicurazioni e Riassicurazioni - Capitale Sociale Euro 5.200.000,00 (Interamente versato). Sede Via Urbana, 169/A - 00184 Roma. Telefono 06 47851 - Telefax 06 4871187 - Telegramma ASSIFATA ROMA - Registro delle imprese di Roma, Codice Fiscale e Partita IVA n. 09052321008. Società soggetta alla direzione e al coordinamento di ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.. Impresa autorizzata dall'ISVAP, con decreto n. 2489 del 19/12/2006, all'esercizio in Italia e all'estero delle Assicurazioni in tutte le forme consentite, escluso il ramo vita, nonché l'esercizio della riassicurazione.

INDICE

DEFINIZIONI	pag.	3
Assicurato	pag.	3
Assicurazione	pag.	3
Contraente	pag.	3
Degenza	pag.	3
FATA	pag.	3
Gessatura	pag.	3
Indennizzo o Indennità	pag.	3
Infortunio	pag.	3
Istituto di Cura	pag.	3
Malattia	pag.	3
Nucleo Familiare	pag.	3
Premio	pag.	3
Ricovero	pag.	3
Rischio	pag.	4
Sinistro	pag.	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	pag.	5
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	pag.	5
Art. 2 - Altre assicurazioni	pag.	5
Art. 3 - Pagamento del premio	pag.	5
Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione	pag.	5
Art. 5 - Obblighi del Contraente e dell'Assicurato in caso di sinistro	pag.	5
Art. 6 - Recesso in caso di sinistro	pag.	5
Art. 7 - Proroga dell'assicurazione	pag.	5
Art. 8 - Oneri fiscali	pag.	6
Art. 9 - Forma delle comunicazioni	pag.	6
Art. 10 - Rinvio alle norme di legge	pag.	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITA' DA RICOVERO DA MALATTIA E INFORTUNIO	pag.	7
Art. 11 - Oggetto dell'assicurazione	pag.	7
Art. 12 - Decorrenza della garanzia	pag.	8
Art. 13 - Esclusioni	pag.	8
Art. 14 - Limiti di età	pag.	9
Art. 15 - Persone non assicurabili	pag.	9
Art. 16 - Limiti territoriali	pag.	9
Art. 17 - Obblighi in caso di sinistro	pag.	10
Art. 18 - Criteri di liquidazione	pag.	10
Art. 19 - Arbitrato irrituale	pag.	10
Art. 20 - Diritto di surrogazione	pag.	10

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

ASSICURATO

La persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto.

DEGENZA

Periodo in cui un individuo, per malattia od infortunio, è ricoverato in un istituto di cura ovvero è costretto alla permanenza in un luogo determinato (**degenza domiciliare**).

FATA

L'impresa assicuratrice.

GESSATURA

Il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

INDENNIZZO O INDENNITÀ

La somma dovuta da Fata in caso di sinistro.

INFORTUNIO

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

MALATTIA

È considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

NUCLEO FAMILIARE

I soggetti che risultano iscritti nel certificato di stato di famiglia del Contraente.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente a FATA per l'assicurazione.

RICOVERO

Permanenza in luogo di cura con pernottamento o permanenza diurna in day hospital, rese necessarie da infortunio o malattia.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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.

ART. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto a FATA 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.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a FATA.

ART. 4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a FATA entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 6 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso esercitato dal Contraente, ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione; il recesso esercitato da parte di FATA ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data d'invio della comunicazione. In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, FATA mette a disposizione del Contraente il premio relativo al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Per le polizze poliennali di durata non superiore a cinque anni, FATA rinuncia al diritto di recesso.

ART. 7 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 8 ONERI FISCALI

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

ART. 9 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata.

ART. 10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITA' DA RICOVERO DA MALATTIA E INFORTUNIO

ART. 11 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

FATA assicura il Contraente ed i componenti il nucleo familiare indicati in polizza e comunque risultanti nel certificato di stato di famiglia.

1. In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da malattia, infortunio, parto (di qualsiasi tipo) o interruzione non volontaria della gravidanza.

L'importo indicato in polizza verrà corrisposto per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 300 giorni per anno assicurativo.

Detto importo verrà corrisposto con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:

- 20 per cento a partire dal 21 giorno successivo a quello del ricovero
- 50 per cento a partire dal 31 giorno successivo a quello del ricovero.

La giornata d'entrata e quella d'uscita dall'Istituto di cura, sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

2. FATA corrisponde l'indennità giornaliera anche durante la relativa degenza domiciliare per convalescenza immediatamente successiva al ricovero, nel seguente modo:

- a) in caso di malattia, fino ad un massimo di giorni pari a quelli del ricovero e comunque non oltre i 70 gg. per anno assicurativo;
- b) in caso di infortunio, fino a 70 gg. per anno assicurativo indipendentemente dalla durata del ricovero.

Relativamente al punto 2 lettere **a)** e **b)** l'indennità verrà corrisposta purché la degenza domiciliare sia prescritta e documentata in originale dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato durante il ricovero e purché lo stesso non abbia ripreso a svolgere anche solo in parte le sue abituali occupazioni.

L'indennità da convalescenza non viene corrisposta nei casi di parto con o senza taglio cesareo.

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio, sia portatore a domicilio di gessatura - sempreché applicata da personale medico anche senza ricovero - FATA corrisponde l'indennità giornaliera assicurata dal giorno di applicazione della gessatura al giorno di rimozione della stessa dietro presentazione di regolare certificazione sanitaria per un periodo massimo di 30 gg. per anno assicurativo. L'indennità da gessatura non si cumula con l'indennità giornaliera post-ricovero.

- 3. In caso di ricovero in regime di day-hospital reso necessario da malattia, infortunio, parto (di qualsiasi tipo) o interruzione non volontaria della gravidanza,** l'indennità è corrisposta al 50%, per ogni giorno di degenza di almeno 5 ore consecutive risultanti da apposita documentazione dell'istituto di cura e con un massimo di 150 gg. per anno assicurativo.

In questo caso l'indennità da convalescenza, sia in caso di malattia che d'infortunio, non viene corrisposta.

L'assicurazione vale anche:

- durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale purché il ricovero avvenga in istituti di cura non militari;
- per eventi dovuti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi o subiti in stato di malore, vertigini o incoscienza.

ART. 12 DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

1. del giorno in cui, ai sensi dell'**art. 3** – Pagamento del premio -, decorre l'assicurazione per le prestazioni conseguenti ad infortunio;
2. del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni conseguenti a malattie che abbiano colpito l'Assicurato dopo il perfezionamento del contratto;
3. del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per il parto;
4. del 180° giorno successivo a quello del contratto per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi e conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie da gravidanza o da puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 90 gg. - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

ART. 13 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza;
2. l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;

3. i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
4. le conseguenze di infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
5. le conseguenze di infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
6. le conseguenze di infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse e a gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
7. le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport: sci acrobatico - salto dal trampolino con sci o idrosci - rugby - football americano - scalata di rocce o accesso ai ghiacciai – snowboard – arrampicata libera (free-climbing) – canoa fluviale oltre il 3° grado – bob – immersioni con autorespiratore - speleologia - pugilato - atletica pesante - lotta nelle sue varie forme - arti marziali - paracadutismo; sono altresì escluse le conseguenze derivanti da attività sportive (gare e relativi allenamenti) svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni alle quali l'Assicurato risulti tesserato;
8. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
9. l'aborto volontario non terapeutico e le relative conseguenze;
10. le conseguenze dirette o indirette di sviluppo - comunque insorto, controllato o meno - di energia nucleare o di radioattività;
11. le conseguenze derivanti da guerre, atti di terrorismo chimico e batteriologico, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. gli stati patologici correlati alle infezioni da HIV;
13. i ricoveri determinati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché per lunghe degenze;
14. i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura.

ART. 14 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla naturale scadenza contrattuale.

ART. 15 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che FATA, qualora fosse stato a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS, sieropositività HIV, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

ART. 16 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 17 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'art. 5 – Obblighi del Contraente e dell'Assicurato in caso di sinistro - deve essere corredata da certificazione medica sulla natura dell'infermità.

L'Assicurato deve consentire a FATA le indagini e gli accertamenti medici necessari e produrre copia della cartella clinica completa. Le spese relative alla documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

ART. 18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a dimissione avvenuta, su presentazione della relativa certificazione medica definitiva.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, l'indennità verrà corrisposta in Euro al rientro dell'Assicurato in Italia.

ART. 19 ARBITRATO IRRITUALE

Le divergenze sul diritto all'indennizzo e le controversie di natura medica sulle cause ed entità delle lesioni, nonché sui criteri di indennizzabilità possono essere demandate per iscritto, ferma restando la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, su concorde volontà delle Parti ad un collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo dovrà essere prescelto tra gli specializzati in Medicina Legale e delle Assicurazioni, dal Presidente dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

ART. 20 DIRITTO DI SURROGAZIONE

FATA rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.