

**OPZIONE SPECIALE "C COMPLETA" –**
**Pol. n. 50.471.557**

I seguenti dati rappresentano semplicemente un riassunto sintetico della copertura assicurativa. Per maggiori dettagli e/o precisazioni fa fede quanto previsto nel testo di Convenzione Cassa Sanint n. 34.706.109.

GARANZIE	MASSIMALI
<b>AREA RICOVERO</b>	
<b>NUCLEO ASSICURATO:</b> La garanzia vale nei confronti delle persone indicate dalle Aziende Associate alla Cassa di Assistenza Sanint nonché dei rispettivi coniugi, conviventi more uxorio, figli conviventi, risultanti dallo stato di famiglia. S'intendono altresì assicurati i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.	
<b>RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO E DAY HOSPITAL CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</b> Sono compresi gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, rette di degenza, assistenza medica, cure e trattamenti fisioterapici, esami e medicinali. In caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi accertamenti diagnostici, onorari dei medici, 90 gg. prima nonché esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuati nei 90 gg. successivi.	<b>C 206.582,76</b> massimale annuo nucleo <b>C 10.000,00</b> limite annuo per evento per parto cesareo <b>C 2.066,00</b> limite annuo per evento per parto non cesareo <b>C 1.033,00</b> limite annuo per singolo occhio per interventi chirurgici agli occhi finalizzati alla correzione della miopia con metodica Laser ed eccimeri, PRK e/o LASIK <b>C..2.582,00</b> limite per anno/nucleo per Day Hospital senza intervento  <b>scoperto 10%</b> con il massimo di <b>C 3.000,00</b> in caso di ricovero fuori convenzionamento
<b>TRAPIANTI / DONATORE</b> Sono comprese le spese sanitarie per il prelievo, spese sostenute dal donatore se vivente. Spese sanitarie sostenute nei <b>180gg</b> prima del ricovero e per terapie antirigetto per i <b>180gg</b> successivi.	
<b>RETTA ACCOMPAGNATORE</b>	<b>C 36,00</b> con il max di Euro <b>775,00</b>
<b>TRASPORTO ASSICURATO</b>	<b>C 2.582,00</b> per anno e per nucleo familiare
<b>AREA FUORI RICOVERO</b>	
<b>SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE</b> Chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, doppler, elettrocardiografia, elettroencefalografia, laserterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, TAC, telecuore, diagnostica radiologica, ecografia Rimborso integrale dei tickets	<b>C 4.130,00</b> massimale annuo per nucleo; in caso di malattie oncologiche viene prestato un'ulteriore massimale annuo per nucleo di <b>C 4.130,00</b>  <b>scoperto 20%</b> , minimo <b>C 26,00</b>
<b>MEDICINA PREVENTIVA</b> Uomo: elettrocardiogramma a riposo e da sforzo, RX torace, esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES. Donna: mammografia, paptest, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo. Rimborso integrale del Ticket	<b>C 250,00</b> Massimale annuo nucleo con applicazione di uno scoperto del <b>25%</b> con il minimo di <b>C 26,00</b> per sinistro
<b>PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE</b>	<b>C 1.033,00</b> Massimale annuo per nucleo
<b>DIARIA SURROGATORIA</b> In caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale	<b>C 103,00</b> al giorno con il massimo di 70 giorni per persona e per anno
<b>LIMITI DI ETA'</b>	80 anni
<b>LIMITI TERRITORIALI</b>	Mondo intero
<b>Convenzionamento Blue Assistance</b> Il convenzionamento Blue Assistance consente il pagamento diretto da parte della Compagnia nel caso in cui le cliniche e le équipe mediche siano convenzionate. Il convenzionamento è operativo nei casi di ricovero con / senza intervento chirurgico, parto e day hospital.	
<b>CONTRIBUTO ANNUO LORDO per nucleo</b>	<b>C</b>
<b>CONTRIBUTO ANNUO LORDO per "SINGLE"</b>	<b>C</b>

Nota:

Il testo RSM riporta integralmente la Convenzione in corso tra Sanint e Allianz che ricomprende più opzioni di garanzia, ciascuna con specifiche coperture (esempio, specialistiche e dentarie) che non sono disponibili per gli Associati AGIT. Pertanto il testo della convenzione deve essere letto congiuntamente al quadro sinottico di riferimento e limitatamente allo stesso.

Inoltre i contributi indicati in calce alla convenzione non sono più attuali.

Codice 0010645

Polizza n. **34.706.109**

Tra la Spett.le

---

ALLIANZ S.P.A.  
Sede Legale  
Largo Ugo Imeri, 1  
34123 - TRIESTE  
Part. IVA 05032630963

e la Spett.le

CASSA DI ASSISTENZA SANINT - SEZ. A2  
Viale L. Bodio, 33  
20158 - MILANO -  
Part. IVA 97066620150

si stipula la presente

Convenzione rimborso spese mediche  
Edizione 2008

Decorrenza: dalle ore 00 del 01.01.2008

Scadenza: alle ore 00 del 01.01.2009

Emessa in Milano il 31 Gennaio 2008

## SOMMARIO

Definizioni	Pag. 3
<b>Condizioni generali di assicurazione</b>	<b>Pag. 5</b>
Art. 1) - Assicurati	Pag. 5
Art. 2) - Prestazioni	Pag. 5
Art. 3) - Diaria surrogatoria	Pag. 8
Art. 4) - Neonati	Pag. 8
Art. 5) - Estensioni di garanzia	Pag. 8
Art. 6) - Esclusioni	Pag. 9
Art. 7) - Persone non assicurabili	Pag. 9
Art. 8) - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio	Pag. 9
Art. 9) - Rinnovo del contratto	Pag.10
Art.10) - Estensione territoriale	Pag.10
Art.11) - Variazione delle persone assicurate	Pag.10
Art.11bis Modalità gestione anagrafiche degli assicurati	Pag.10
Art.12) - Variazione di "Opzioni"	Pag.10
Art.13) - Variazione del premio in relazione al numero dei nuclei	Pag.11
Art.14) - Altre Assicurazioni	Pag.11
Art.15) - Denuncia di infortunio o di malattia - Obblighi dell'assicurato	Pag.11
Art.16) - Criteri di liquidazione	Pag.11
Art.17) - Anticipo indennizzi	Pag.11
Art.18) - Valutazione del danno	Pag.12
Art.19) - Forma delle comunicazioni	Pag.12
Art.20) - Rinuncia al diritto di rivalsa	Pag.12
Art.21) - Imposte	Pag.12
Art.22) - Premi/Opzioni	Pag.12
Art.23) - Clausola Broker	Pag.12
<b>CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA</b>	<b>Pag.15</b>
A) Forma Integrativa - Minimi	Pag.15
B) Forma Completa - scoperti e franchigie	Pag.16
C) Opzioni	Pag.17
E) Estensione della garanzia a genitori conviventi	Pag.20
F) Aumento massimali	Pag.20

\* \* \* \* \*



Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Massimale per nucleo familiare:

la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti il medesimo nucleo familiare che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Franchigia e Scoperto:

l'importo che rimane a carico dell'Assicurato riferito all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza.

Ricovero: degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento.

Istituto di cura: Ospedale, Clinica, Casa di Cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### **Art. 1) - Assicurati**

La garanzia vale nei confronti delle persone, non dipendenti, indicate dalle Aziende Associate alla Cassa di Assistenza Sanint a condizione che l'Azienda stessa abbia assicurato anche i propri dipendenti nelle collegate Convenzioni Rimborso Spese Mediche della Cassa di Assistenza Sanint Sez. A1. La garanzia è inoltre estesa ai rispettivi coniugi, conviventi more uxorio, figli conviventi, risultanti dallo stato di famiglia. S'intendono altresì assicurati i figli non conviventi purchè fiscalmente a carico

### **Art. 2) - Prestazioni**

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie, fino alla concorrenza dei massimali indicati in Euro nell'opzione prescelta per anno e per nucleo familiare, il rimborso delle spese:

#### **a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico:**

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei Medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del Chirurgo, dell' Aiuto, dell' Assistente, dell' Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro **2.582,00** per anno e per nucleo familiare;
- rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero;

#### **b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico:**

- per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali, le cure omeopatiche e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di Euro **2.582,00** per anno e per nucleo familiare;
- per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

- Relativamente al parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di Euro **10.000,00** per evento. Nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.

- Relativamente al parto non cesareo avvenuto in Istituto di cura, la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di Euro **2.066,00** per evento. Nel massimale previsto per il parto non cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato.
- Relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di Euro **1.033,00** per singolo occhio.

**In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti a. e b., inoltre:**

La Società, nell'ambito del massimale previsto per il caso di ricovero, rimborsa le spese sostenute per:

- **day hospital** - la garanzia ricovero s'intende estesa anche al caso in cui la degenza avvenga in regime di "day hospital" (degenza diurna); pertanto si precisa che:
    - nei casi di degenza diurna con intervento chirurgico vale il massimale stabilito dall'art. 2) "Prestazioni" punto a. delle Condizioni Generali di Assicurazione;
    - nei casi di day hospital senza intervento chirurgico viene stabilito un massimale, come da "Opzioni", per anno e per nucleo. Sono comunque escluse le prestazioni relative alle "cure termali";
  - **trapianti – donatore** prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore, nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da viventi sono comprese le prestazioni sanitarie durante ricovero riferite al donatore;
  - **prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto** - prestazioni sanitarie fuori ricovero rese necessarie da trapianti di organi o parti di esse effettuate nei 180 giorni prima e dopo il ricovero, compresi i trattamenti mirati alla prevenzione del rigetto;
  - **vitto e pernottamento** in Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di Euro **36,00** giornaliera e con il limite massimo di Euro **775,00** per ciascun anno assicurativo
- c. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato:**
- per onorari medici; purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
  - per trattamenti fisioterapici e rieducativi; purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
  - per noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
  - per accertamenti diagnostici prescritti dal Medico curante (compresi prodotti omeopatici);
  - per medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal Medico curante, con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.
- Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene.
- A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare congiuntamente:
- a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;

- b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente.  
Qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, ai fini della risarcibilità, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

~~La suindicata garanzia s'intende prestata con un limite di Euro 300,00 per anno/nucleo.~~

- per agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
  - per chiropratica;
  - per osteopatia;
  - per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 36,00 giornaliera;
- La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in Euro nell'opzione prescelta per anno assicurativo e per nucleo familiare.

**d. in caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate:**

- Condizioni speciali "Donna"
  - esame mammografico;
  - pap-test;
  - elettrocardiogramma a riposo e da sforzo.
- Condizioni speciali "Uomo"
  - elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;
  - esame radiologico del torace;
  - esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES.

Per le opzioni prestate in forma integrativa, gli accertamenti diagnostici di medicina preventiva, saranno rimborsati previa applicazione di uno scoperto del 25%, col minimo di Euro 26,00 per sinistro.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in Euro nell'opzione prescelta per anno assicurativo e per nucleo familiare.

**e. in caso di spese extra-ospedaliere: la Società rimborsa anche le spese extra-ospedaliere per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalla prestazioni di cui all'art. 2) lettera c. delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- per chemioterapia;
- per cobaltoterapia;
- per dialisi;
- per doppler;
- per elettrocardiografia;
- per elettroencefalografia;
- per laserterapia;
- per risonanza magnetica nucleare;
- per scintigrafia;
- per tac;
- per telecuore;
- per diagnostica radiologica;
- per ecografia.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino ad un massimo di Euro, come da "Opzioni", per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato. Tale somma si intende raddoppiata, in caso di spese relative a malattie oncologiche, entro il limite massimo di Euro **10.000,00** per anno/nucleo.

**f. in caso di cure dentarie:**

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche;
- per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- per cure varie.

Fino alla concorrenza del massimale indicato in Euro nell'opzione prescelta, per anno assicurativo e per nucleo familiare;

**g. l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche:** con il limite di Euro **1.033,00** per nucleo e per anno assicurativo;

**h. per l'acquisto di lenti ed occhiali da vista,** in seguito a modifica del visus (comprese le lenti a contatto) con il limite di Euro indicato nell'opzione prescelta per anno assicurativo e per persona;

**i. spese funerarie per rimpatrio della salma:** in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero, con il limite di Euro **775,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Relativamente alle prestazioni previste ai punti a) et b) del presente articolo, l'assicurato potrà avvalersi di centri convenzionati tramite provider esterno scelto dalla Contraente.

**Art. 3) - Diaria surrogatoria**

La Società corrisponde un'indennità di Euro **130,00** per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 90 giorni per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale.

**Art. 4) - Neonati**

Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro l'anno di copertura a cui la variazione si riferisce; resta inteso che la garanzia s'intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 3 anni dalla nascita.

**Art. 5) - Estensioni di garanzia**

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 6) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

#### **Art. 6) - Esclusioni**

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione artificiale" o "fecondazione o procreazione assistita";
- le malattie mentali.

#### **Art. 7) - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, salvo patto speciale che deve risultare in polizza, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza ed infermità mentali. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza l'assicurazione cessa dopo il primo evento; l'Assicuratore si riserva la possibilità di rinnovare la copertura.

Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

#### **Art. 8) - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio**

La Contraente è tenuta a pagare presso la Direzione della Società o la sede del Broker, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, il premio complessivo stabilito dalla polizza stessa.

L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio della Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga al predetto obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione della Società che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio in quel momento risulta pagato; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto. Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 30 giorni trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

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

**Art. 9) - Rinnovo del contratto**

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno un mese prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione d'anno.

**Art. 10) - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

**Art. 11) - Variazione delle persone assicurate**

L'assicurazione vale per le persone designate in applicazione.

Le inclusioni e le esclusioni di assicurati, che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa sono regolamentate nel successivo articolo 11bis e dovranno essere comunicate dalla Contraente a mezzo informatico; la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24 del giorno di inclusione degli stessi secondo le modalità descritte nell'art. 11bis.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il **100%** del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il **60%** del premio annuo.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non verrà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Alla scadenza dell'annualità si procederà alla regolazione contabile dei premi dovuti in via definitiva alla Società in base alle variazioni intercorse, calcolando il premio in base al criterio sopra esposto.

I nuclei costituiti da un solo assicurato ("single") verranno inseriti in copertura con una riduzione del premio base come da "Opzioni"; restano invariati i costi per gli aumenti dei massimali (punto F delle Condizioni Particolari).

Le variazioni di "status" in corso dell'annualità assicurativa verranno conguagliate in sede di regolazione premio.

**Art. 11bis) - Modalità gestione anagrafiche degli assicurati**

Premesso che:

- gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati, nonché le variazioni relative alla composizione dei nuclei e/o all'inserimento/cancellazione dei nuclei stessi, o di soggetti all'interno dei nuclei, sono ricevuti direttamente dal Broker, da parte degli Associati alla Contraente, il quale li comunica in formato elettronico direttamente alla Società;
- le informazioni di cui sopra sono trasmesse informaticamente dal Broker alla Società con cadenza mensile entro il giorno 5 di ogni mese, per tutte le variazioni e/o inserimenti/ cancellazioni relativi ai 2 mesi precedenti mediante apposita procedura di scarico file dati.

Di comune accordo tra la Società e la Contraente si stabilisce che la decorrenza della copertura assicurativa, in capo a ciascun soggetto o nucleo, decorre dalle ore 24 del giorno di inclusione nel sistema informatico da parte del Broker, nel limite temporale del mese solare antecedente allo scarico dei dati alla Società.

Specifiche deroghe, per inclusioni anteriori o in deroga a quanto sopra stabilito, devono essere pattuite per iscritto con la Società.

**Art. 12) - Variazioni di "Opzioni"**

In caso di promozione, in corso d'annualità assicurativa, del dipendente assicurato ad una categoria superiore (es. da quadro a dirigente) è data facoltà all'Associata di mantenere l'opzione in corso fino al termine dell'annualità assicurativa o, in alternativa, optare per la diversa opzione, pagando per intero il relativo premio (con le modalità previste dall'art. 11), a fronte di massimali a nuovo.

**Art. 13) - Variazioni del premio in relazione al numero dei nuclei**

Premesso che, in caso di Aziende associate con numero di nuclei pari o inferiore a 15, è previsto un aumento del premio base come da "Opzioni", si stabilisce che:

- per i Gruppi societari, in caso di denominazioni sociali differenti, vale l'effettivo numero dei nuclei di ogni Società appartenente al Gruppo;
- in caso di gruppi societari costituiti da più Società, aventi tutte la medesima denominazione sociale, il numero dei nuclei verrà considerato complessivamente per tutte le Società;
- in tutti i casi, l'emissione del certificato comporta che le variazioni successive, in aumento e/o diminuzione, rispetto al 15° nucleo, non modificano il premio applicato in fase di copertura iniziale che, pertanto, si considera valido per tutta la durata annuale del certificato.

**Art. 14) - Altre assicurazioni**

La Contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. La Società entro 30 giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

**Art. 15) - Denuncia di infortunio o di malattia - Obblighi dell'Assicurato**

Le denunce per la richiesta dei rimborsi devono essere presentate con le modalità concordate con la Contraente e la Società; la Contraente s'impegna a comunicare agli Assicurati, tramite le Aziende Associate, dette modalità.

Gli Assicurati devono consentire alla visita di Medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine liberando dal segreto professionale i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

**Art. 16) - Criteri di liquidazione**

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato su presentazione, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Le modalità pratiche di liquidazione sono quelle concordate a parte con lettera sottoscritta dalla Contraente e dalla Società.

La documentazione medica da fornire alla Società, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia del sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate. Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

**Art. 17) - Anticipo indennizzi**

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 60% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a Euro 516,00.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

**Art. 18) - Valutazione del danno**

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società o da Perito da questa incaricato, con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto.

In tal caso la decisione dell'arbitro è inappellabile.

---

**Art. 19) - Forma delle comunicazioni**

Le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, telefax, e posta elettronica.

Le comunicazioni fatte dall'Azienda Associata alla Contraente hanno valore come se fatte alla Società.

**Art. 20) - Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

**Art. 21) - Imposte**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

**Art. 22) - Premi/Opzioni**

I premi per anno assicurativo e per nucleo familiare o persona, sono fissati sulla base delle "Opzioni" riportate al punto C delle condizioni particolari di polizza.

**Art.23) - Gestione della polizza affidata all'Intermediario MARSH S.p.A**

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto a MARSH S.p.A. (in seguito Intermediario); di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dall'Intermediario stesso il quale tratterà con ALLIANZ S.p.A..

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte ad ALLIANZ S.p.A. dall'Intermediario, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dall'Intermediario e quelle fatte direttamente dal Contraente ad ALLIANZ S.p.A., prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza di ALLIANZ S.p.A. da parte dell'Intermediario, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente all'Intermediario stesso potranno intendersi come fatte ad ALLIANZ S.p.A. soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte ad ALLIANZ S.p.A. e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte di ALLIANZ S.p.A. stessa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede all'Intermediario od ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente ad ALLIANZ S.p.A. , ai sensi dell'art. 118 del D. lgs 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte di ALLIANZ S.p.A. nei confronti dell'Intermediario nel caso di omesso versamento del premio da parte dell'Intermediario sul conto separato.

L'Intermediario è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale

da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. lgs 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico all'Intermediario senza affidarne un altro ad Altro Intermediario oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Intermediario un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico all'Intermediario cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti di ALLIANZ S.p.A..

~~ALLIANZ S.p.A. sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed l'/gli Intermediario/i o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.~~

  
ALLIANZ SPA  
Cerenza di Milano

IL CONTRAENTE

  
CASSA DI RISPARMIO DI SAVONA  


**Condizioni da approvarsi specificatamente per iscritto**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile la Spett.le Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei suindicati articoli.

- Art. 7     Persone non assicurabili
- Art. 9     Rinnovo del contratto

---

- Art. 11    Variazione delle persone assicurate
- Art. 14    Altre assicurazioni
- Art. 15    Denuncia di infortunio o malattia - Obblighi dell'Assicurato
- Art. 16    Criteri di liquidazione
- Art. 18    Valutazione del danno

**IL CONTRAENTE**  
**CASSA DI ASSISTENZA SANINT**



## CONDIZIONI PARTICOLARI

### **A. FORMA INTEGRATIVA**

Nel caso in cui è attivata un'opzione in forma integrativa, l'assicurazione s'intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, FAIT, FISDAF, CASAGIT e QUAS in base ai rispettivi regolamenti.

Nel caso i suddetti Enti si rifiutassero di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento ed indennizzabili a termini di polizza, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti quelle previste dai rispettivi regolamenti, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dai regolamenti stessi.

Per eventuali assicurati che non beneficino delle prestazioni degli Enti sopra richiamati, la Società darà corso al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza, previa detrazione di uno scoperto del **25%** con i minimi sottoindicati.

In caso di richiesta di risarcimento per prestazioni non previste dagli Enti sopra richiamati, ma indennizzabili a termini di polizza, la Società darà corso al rimborso delle spese previa detrazione di uno scoperto del **25%** con i minimi sottoindicati.

#### **Minimi:**

Per garanzia **b. - ricovero senza intervento chirurgico:**

- Euro **258,00** limitatamente ai ricoveri non superiori ai 3 giorni.

Per garanzia **c. - cure domiciliari ed ambulatoriali:**

- Euro **35,00** per sinistro. Per il rimborso dei medicinali si applicherà solo lo scoperto del **25%**, senza applicazione del minimo di Euro **35,00**.

Per garanzia **d. - medicina preventiva:**

- Euro **26,00** per sinistro.

Per garanzia **e. - spese extra-ospedaliere:**

- Euro **35,00** per sinistro.

Per garanzia **f. - cure dentarie:**

- Euro **103,00** per sinistro.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

## B FORMA COMPLETA

Nel caso in cui è attivata un'opzione in forma completa, valgono i seguenti scoperti e franchigie:

Per garanzie a.- b. - **ricovero con o senza intervento chirurgico:**

- In caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato e/o in caso di intervento chirurgico eseguito da equipe operatoria non convenzionata: scoperto 15% con il massimo di Euro 4.000,00 per sinistro.

Per garanzia c. - **cure domiciliari ed ambulatoriali:**

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro.

Per garanzia d. - **medicina preventiva:**

- scoperto del 25% con il minimo di Euro 26,00.-

Per garanzia e. - **spese extra-ospedaliere:**

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 35,00 per sinistro.

Per garanzia f. - **cure dentarie:**

- scoperto del 30% con il minimo di Euro 103,00 per sinistro;
- limitatamente all'opzione "D": franchigia di Euro 103,00 per sinistro

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

### C. Opzioni - Valori in Euro

#### OPZIONE A

<input type="checkbox"/> ricovero con o senza intervento	148.480,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> day hospital	7.746,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> extra-ospedaliero	5.160,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> domiciliari ed ambulatoriali	2.960,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> medicina preventiva	250,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> dentarie ed ortodontiche	2.065,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> occhiali	258,00 anno/persona

Premio forma completa (fino a 15 nuclei)	3.435,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (fino a 15 nuclei)	2.987,00
Premio forma completa (oltre 15 nuclei)	3.123,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (oltre 15 nuclei)	2.714,00
Premio forma integrativa (fino a 15 nuclei)	2.766,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (fino a 15 nuclei)	2.406,00
Premio forma integrativa (oltre 15 nuclei)	2.515,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (oltre 15 nuclei)	2.186,00
Premio forma integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	3.122,00 anno/nucleo
Premio Single integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	2.714,00
Premio forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	2.838,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	2.468,00

#### OPZIONE B

<input type="checkbox"/> ricovero con o senza intervento	118.780,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> day hospital	7.746,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> extra-ospedaliero	1.540,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> domiciliari ed ambulatoriali	890,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> medicina preventiva	250,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> dentarie ed ortodontiche	-
<input type="checkbox"/> occhiali	129,00 anno/persona

Premio forma completa (fino a 15 nuclei)	1.637,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (fino a 15 nuclei)	1.422,00
Premio forma completa (oltre 15 nuclei)	1.487,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (oltre 15 nuclei)	1.293,00
Premio forma integrativa (fino a 15 nuclei)	1.217,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (fino a 15 nuclei)	1.058,00
Premio forma integrativa (oltre 15 nuclei)	1.107,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (oltre 15 nuclei)	962,00
Premio forma integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	1.487,00 anno/nucleo
Premio Single integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	1.293,00
Premio forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	1.352,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	1.175,00

### OPZIONE C

<input type="checkbox"/> ricovero con o senza intervento	118.780,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> day hospital	2.582,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> extra-ospedaliero	4.130,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> domiciliari ed ambulatoriali	- anno/nucleo
<input type="checkbox"/> medicina preventiva	250,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> dentarie ed ortodontiche	- anno/nucleo
<input type="checkbox"/> occhiali	- anno/persona

Premio forma completa (fino a 15 nuclei)	875,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (fino a 15 nuclei)	760,00
Premio forma completa (oltre 15 nuclei)	795,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (oltre 15 nuclei)	691,00
Premio forma integrativa (fino a 15 nuclei)	677,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (fino a 15 nuclei)	589,00
Premio forma integrativa (oltre 15 nuclei)	615,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (oltre 15 nuclei)	535,00
Premio forma integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	795,00 anno/nucleo
Premio Single integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	691,00
Premio forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	722,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	628,00

### OPZIONE D

<input type="checkbox"/> ricovero con o senza intervento	20.780,00 anno/persona
<input type="checkbox"/> day hospital	7.746,00 anno/persona
<input type="checkbox"/> extra-ospedaliero	5.160,00 anno/persona
<input type="checkbox"/> domiciliari ed ambulatoriali	770,00 anno/persona
<input type="checkbox"/> medicina preventiva	250,00 anno/persona
<input type="checkbox"/> dentarie ed ortodontiche	309,00 anno/persona
<input type="checkbox"/> occhiali	129,00 anno/persona

Premio forma completa (fino a 15 nuclei)	875,00 anno/persona
Premio Single forma completa (fino a 15 nuclei)	
Premio forma completa (oltre 15 nuclei)	795,00 anno/persona
Premio Single forma completa (oltre 15 nuclei)	
Premio forma integrativa (fino a 15 nuclei)	729,00 anno/persona
Premio Single forma integrativa (fino a 15 nuclei)	
Premio forma integrativa (oltre 15 nuclei)	662,00 anno/persona
Premio Single forma integrativa (oltre 15 nuclei)	
Premio forma integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	795,00 anno/persona
Premio Single integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	
Premio forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	722,00 anno/persona
Premio Single forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	

**OPZIONE E**

<input type="checkbox"/> ricovero con o senza intervento	148.480,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> day hospital	6.197,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> extra-ospedaliero	4.130,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> domiciliari ed ambulatoriali	1.840,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> medicina preventiva	250,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> dentarie ed ortodontiche	1.601,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> occhiali	154,00 anno/persona

Premio forma completa (fino a 15 nuclei)	2.701,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (fino a 15 nuclei)	2.348,00
Premio forma completa (oltre 15 nuclei)	2.455,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (oltre 15 nuclei)	2.134,00
Premio forma integrativa (fino a 15 nuclei)	2.283,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (fino a 15 nuclei)	1.984,00
Premio forma Integrativa (oltre 15 nuclei)	2.076,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (oltre 15 nuclei)	1.803,00
Premio forma integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	2.454,00 anno/nucleo
Premio Single integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	2.134,00
Premio forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	2.232,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	1.941,00

**OPZIONE F**

<input type="checkbox"/> ricovero con o senza intervento	148.480,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> day hospital	6.197,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> extra-ospedaliero	4.130,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> domiciliari ed ambulatoriali	1.240,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> medicina preventiva	250,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> dentarie ed ortodontiche	1.084,00 anno/nucleo
<input type="checkbox"/> occhiali	154,00 anno/persona

Premio forma completa (fino a 15 nuclei)	2.130,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (fino a 15 nuclei)	1.852,00
Premio forma completa (oltre 15 nuclei)	1.938,00 anno/nucleo
Premio Single forma completa (oltre 15 nuclei)	1.684,00
Premio forma integrativa (fino a 15 nuclei)	1.789,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (fino a 15 nuclei)	1.554,00
Premio forma integrativa (oltre 15 nuclei)	1.624,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa (oltre 15 nuclei)	1.413,00
Premio forma integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	1.935,00 anno/nucleo
Premio Single integrativa QUAS (fino a 15 nuclei)	1.683,00
Premio forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	1.761,00 anno/nucleo
Premio Single forma integrativa QUAS (oltre 15 nuclei)	1.531,00

