

FASCICOLO INFORMATIVO

Contratto di assicurazione malattia (rimborso spese mediche):

CUMULATIVO OSPITI

Mod.PD-FI-CUM55RSM3 - Ed. 01/2013

Il presente fascicolo informativo riservato esclusivamente a contratti cumulativi da stipulare direttamente con la Direzione di Padana Ass.ni previo accordo con essa, contiene:

- **Nota informativa**
 - **Condizioni di assicurazione**
- e deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

Nota Informativa per contratto di assicurazione malattia (rimborso spese mediche):

CUMULATIVO OSPITI
Mod.PD35NICUM55RSM3 - aggiornato al 01.01.2013

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La presente nota informativa ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per poter conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche del contratto di assicurazione **MALATTIA(RIMBORSO SPESE MEDICHE) CUMULATIVO OSPITI**.

La nota informativa si articola in quattro sezioni: informazioni relative all'impresa di assicurazione, informazioni relative al contratto, informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Padana Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e al coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, iscrizione albo gruppi assicurativi n. d'ordine 031;
- b) sede legale sita in Italia, via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano;
- c) telefono n. 02 5351.1, fax n. 02 5351.829, sito internet www.padanaassicurazioni.it, posta elettronica infoclienti@padanaassicurazioni.it;
- d) impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 Giugno 1986 (G.U. del 28.6.1986 n.148) e successive autorizzazioni, iscrizione albo imprese di assicurazione n. 1.00062.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati relativi all'ultimo bilancio approvato (2011) indicano che Padana Assicurazioni ha un patrimonio netto di 37,3 milioni di euro, di cui 15,6 milioni di euro rappresentano il capitale sociale e 21,7 milioni di euro rappresentano il totale delle riserve patrimoniali e l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 3,91; si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

AVVERTENZA: così come indicato all'art.9 delle condizioni di assicurazione, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

3. Coperture assicurative offerte

Il contratto assicura il rimborso delle spese mediche effettivamente sostenute dall'Assicurato, rese necessarie da infortunio (anche causato da colpa grave) e/o malattia. **Per i dettagli delle garanzie prestate si rimanda agli artt.13-14-15-16-17-18 delle condizioni di assicurazione.**

AVVERTENZA: l'assicurazione non è operante (esclusioni) nei casi indicati agli artt.19-20 delle condizioni di assicurazione. Inoltre se alle scadenze convenute il Contraente non paga il premio dovuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla suddetta scadenza e si riattiverà dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga il premio, così come indicato all'art.3 delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: per ciascuna prestazione assicurata è necessario verificare l'importo della somma assicurata così come indicato all'art.17 delle condizioni di assicurazione; si richiama inoltre l'attenzione del Contraente sulla presenza, nel medesimo articolo, di limiti di indennizzo, di cui illustriamo il meccanismo di funzionamento: il limite di indennizzo è l'importo massimo dell'indennizzo contrattualmente previsto per alcune prestazioni; se l'importo del danno indennizzabile è pari o inferiore al limite di indennizzo, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al danno indennizzabile; se l'importo del danno indennizzabile è superiore al limite di indennizzo, l'indennizzo dovuto all'Assicurato è pari al limite di indennizzo.

AVVERTENZA: il contratto prevede il limite di età assicurabile di sessantacinque anni, così come indicato all'art.15 delle condizioni di assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: sono previsti i periodi di carenza di cui sotto, così come indicato all'art.18 delle condizioni di assicurazione:

- per malattie, associazioni e complicanze patologiche preesistenti o comunque insorte anteriormente alla stipulazione del contratto ancorché non ancora manifestate, salvo che non siano conosciute e conoscibili dall'Assicurato, dal quarantacinquesimo giorno successivo all'inizio dell'assicurazione;
- per il parto dal trecentounesimo giorno successivo all'inizio dell'assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla determinazione del relativo premio, possono comportare, così come previsto dall'art.1 delle condizioni di assicurazione, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile). In questo caso il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta, in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

AVVERTENZA: il contratto è nullo, così come previsto dall'art. 1895 del Codice Civile, se il rischio per il quale il Contraente lo ha stipulato non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione dello stesso.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente deve comunicare a Padana Assicurazioni, così come indicato agli artt.5 e 6 delle condizioni di assicurazione, eventuali aggravamenti e diminuzioni del rischio. Ad esempio, nel caso di cambiamento dello status dell'Assicurato successivamente alla stipulazione del contratto, **il Contraente deve darne comunicazione a Padana Assicurazioni affinché questa possa procedere all'eventuale aggiornamento del premio. Qualora ciò non avvenga, trovano applicazione le disposizioni di cui al punto "5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità".**

7. Premi

Il pagamento del premio è consentito con periodicità annuale (unica soluzione). I mezzi di pagamento consentiti da Padana Assicurazioni sono assegno, bancomat, bollettino postale, bonifico, denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa antiriciclaggio vigente.

AVVERTENZA: L'ammontare del premio/tasso di premio è concordato in polizza tra Padana Assicurazioni ed il Contraente.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Relativamente al premio, vale quanto indicato all'avvertenza sopraindicata; per quanto riguarda le somme assicurate, così come indicato al punto "3. Coperture assicurative offerte", si precisa che gli importi assicurati per ciascuna garanzia/prestazione sono quelli indicati all'art.17 delle condizioni di assicurazione e che tali importi non sono soggetti ad adeguamento automatico.

9. Informativa in corso di contratto

Padana Assicurazioni ha l'obbligo di fornire riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo, entro venti giorni dal ricevimento della richiesta.

Padana Assicurazioni comunica per iscritto al Contraente eventuali modifiche normative del Fascicolo informativo, mentre eventuali aggiornamenti non normativi del Fascicolo informativo sono pubblicati sul sito internet www.padanaassicurazioni.it.

10. Diritto di recesso

Così come già precisato precedentemente, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto si intende prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 730giorni/731(se compreso un anno bisestile) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n.166 del 27 Ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in 365giorni/366(se anno bisestile).

12. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

13. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicato al contratto di assicurazione prevede l'imposizione, sul premio imponibile, dell'aliquota d'imposta del 2,5%, così come disposto dalla normativa vigente. **Tale normativa prevede altresì che in caso di conguaglio di premio a favore del Contraente, le imposte non vengano rimborsate allo stesso.**

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: in caso di sinistro, così come indicato all'art.23 delle condizioni di assicurazione, l'Assicurato deve darne avviso scritto a Padana Assicurazioni appena possibile e comunque entro centottanta giorni dalla scadenza del contratto.

AVVERTENZA: inoltre l'Assicurato, in fase di denuncia del danno deve attenersi alle modalità e termini previsti dagli artt.23-24 delle condizioni di assicurazione. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Gli aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione del danno sono indicati agli artt.22-24 delle condizioni di assicurazione; al riguardo si precisa che Padana Assicurazioni procederà al rimborso delle spese prestate indicativamente entro quarantacinque giorni dall'avvenuta presentazione della documentazione completa.

15. Assistenza diretta - Convenzioni

Nessuna garanzia o prestazione prevede la prestazione delle coperture assicurative nella forma dell'assistenza diretta.

16. Reclami

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, devono essere inoltrati per iscritto a Padana Assicurazioni presso l'Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano - Fax 02 5351794 - reclami@padanaassicurazioni.it.

Possono essere presentati all'ISVAP (in Via del Quirinale 21, 00187 Roma oppure ai fax 06 42133745 - 06 42133353) i reclami:

- per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- già presentati direttamente alle imprese di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- per la risoluzione delle liti transfrontaliere (ovvero indirizzandoli direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del Paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.

17. Arbitrato

AVVERTENZA: il contratto prevede, così come indicato agli art.25 delle condizioni di assicurazione, l'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie inerenti la liquidazione dell'indennizzo; l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi comunque all'Autorità Giudiziaria. In caso di arbitrato, il Collegio medico (collegio di tre medici nominati uno dall'Assicurato, uno da Padana Assicurazioni e uno di comune accordo), risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o domicilio eletto dallo stesso.

D. GLOSSARIO

18. Termini assicurativi utilizzati nel presente fascicolo informativo

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione, che prevede il fascicolo informativo, composto da nota informativa e condizioni di assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta da Padana Assicurazioni in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente;

Invalidità Permanente: perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, regolarmente autorizzata, dotata di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici, mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato;

Malattia: si considera malattia ogni alterazione dello stato di salute, fisico o mentale, non derivante da infortunio, che non sia conseguenza di situazioni patologiche o malformative preesistenti alla stipulazione del contratto;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Padana Assicurazioni;

Ricovero: degenza in istituto di cura che comporta almeno un pernottamento;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso (infortunio) per il quale l'assicurazione è prestata;

Società: Padana Assicurazioni S.p.A..

Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle unità di misura definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche:

Anno (annuo - annuale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile);

Bimestre (bimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Età assicurativa: età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno;

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Poliennale (durata): periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo);

Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo);

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio;

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni;

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO.

Padana Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa

**Padana Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Dott. Sandro Scapellato**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

valide dalle ore 24:00 del 31 Dicembre 2010

Contratto di assicurazione malattia (rimborso spese mediche):

CUMULATIVO OSPITI
Mod.PD35CCUM55RSM1 - aggiornato al 01.01.2011

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.). Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il Contraente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto a Padana Assicurazioni l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 C.C.).

Art. 3 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Padana Assicurazioni di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Padana Assicurazioni possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 C.C.).

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio Padana Assicurazioni è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto a Padana Assicurazioni entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (Art. 1913 C.C.). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, Padana Assicurazioni e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni; in tal caso viene rimborsata la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Al riguardo si precisa che Padana Assicurazioni può esercitare la facoltà di recesso di cui sopra, solo entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per 365giorni/366(se anno bisestile) e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. "Recesso in caso di sinistro". In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali (imposte di assicurazione) relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

Il contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA (RIMBORSO SPESE MEDICHE)**Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione**

La Società si obbliga a rimborsare per ciascun Assicurato, nei limiti degli importi ed alle condizioni di assicurazione che seguono, le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato medesimo a seguito di uno degli eventi garantiti resi necessari da infortunio (anche causato da colpa grave) e/o malattia.

L'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei sinistri verificatisi nel corso della medesima annualità assicurativa, non potrà superare il massimale annuo di cui all'art. "Somme assicurate".

Art. 14 - Destinatari dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata esclusivamente a favore del personale del Contraente e delle Società da esso controllate e/o collegate, in possesso di contratto di lavoro dipendente, nel periodo in cui è impiegato in una missione professionale all'estero. Per gli effetti della garanzia, la missione professionale all'estero deve essere effettuata in un paese estero diverso da quello:

- in cui vige il contratto di lavoro del dipendente assicurato, e per il quale percepisce il regolare salario;
- in cui il dipendente assicurato lavora e risiede abitualmente.

Sono ugualmente assicurabili gli Ospiti (cittadini europei ed extra europei) del Contraente.

Art. 15 - Validità della garanzia

L'assicurazione si intende valida:

- durante il permanere della qualifica di Dipendente del Contraente, in caso di cessazione di tale qualifica (dovuta a qualsiasi circostanza), l'assicurazione cessa automaticamente alla data in cui tale circostanza si è verificata;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati e pertanto **il Contraente e/o l'Assicurato, a parziale deroga di quanto indicato all'art. "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", è dispensato dalla compilazione del questionario sanitario;**
- **per le persone assicurate che al momento della stipulazione del contratto non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età. Tuttavia le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, restano comunque assicurate sino alla successiva scadenza annuale del contratto;**
- **a condizione che al momento della stipulazione della polizza i soggetti assicurati non rientrino tra quelli previsti all'art. "Persone non assicurabili";**
- a condizione che il Contraente non chieda la rescissione del contratto prima dei termini ivi previsti; in tal caso l'assicurazione cessa automaticamente alla data in cui il contratto viene annullato;
- **se l'Assicurato/Dipendente viene ricoverato in strutture estere e ha richiesto la partecipazione alle spese direttamente al SSN o ad altre forme di tutela del paese di residenza, si rimborseranno esclusivamente le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato non comprese in tali forme di tutela.**

Art. 16 - Spese soggette a rimborso

La Società si obbliga a risarcire all'Assicurato le spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate, **nei limiti del massimale indicato all'art. "Somme assicurate"**, rese necessarie in conseguenza di infortunio e/o di malattia durante il periodo di soggiorno della missione professionale effettuata all'estero per conto del Contraente. **Le spese sanitarie effettivamente considerate sono le seguenti:**

In caso di evento che comporti ricovero:

- rette di degenza dell'Istituto di Cura;
- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento nonché degli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate nel corso dell'intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, oltre ai medicinali ed esami relativi al periodo in cui il paziente è ricoverato;
- le spese per il trasporto in ambulanza.

Spese non inerenti a ricovero:

- visite specialistiche e omeopatiche rese necessarie da malattia o infortunio, incluse le visite neurologiche (esclusi i trattamenti e le sedute di psicanalisi e le visite rese necessarie da malattie mentali, disturbi psichici, in genere e comportamenti nevrotici);
- analisi di laboratorio nonché esami e accertamenti di tipo diagnostico se pertinenti e riferiti alla malattia o infortunio denunciati;
- trattamenti fisioterapici inerenti ad infortuni;
- prestazioni di Alta Diagnostica quali: Doppler, TAC Ecografia, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Ecografia, Telecuore;
- visite specialistiche oftalmiche, nonché le spese per l'acquisto di lenti correttive del visus e degli occhiali;
- le spese sostenute per visite e cure odontoiatriche, incluse protesi dentarie ed impianti.

Art. 17 - Somme assicurate

La garanzia è operante fino alla concorrenza di un importo pari ad Euro 100.000,00 per Assicurato e per anno con applicazione dei seguenti limiti di indennizzo, limitatamente alle spese non inerenti a ricovero:

- **lettera e)** il rimborso delle spese per lenti e montature sarà corrisposto per il 100% della spesa sostenuta con il limite massimo di **Euro 150,00** per missione e Dipendente e con il massimo di **Euro 125,00** per missione, dipendente ed anno per l'acquisto di lenti e contratto (compreso quelle usa e getta);
- **lettera f)** il rimborso per delle spese per visite e cure odontoiatriche sarà corrisposto per il 100% della spesa sostenuta con il limite massimo di **Euro 600,00** per dente e per un ammontare massimo di **Euro 4.000,00** per missione, Dipendente ed anno.

Art. 18 - Decorrenza della copertura

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni e le malattie dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;**
- b) per malattie, associazioni e complicanze patologiche preesistenti o comunque insorte anteriormente alla stipulazione del contratto ancorché non ancora manifestate, salvo che non siano conosciute e conoscibili dall'Assicurato, dal quarantacinquesimo giorno successivo all'inizio dell'assicurazione;**
- c) per il parto dal trecentounesimo giorno successivo all'inizio 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 avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e/o alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto. Modifiche in corso d'anno devono essere comunicate direttamente alla Società, che provvederà ad emettere nuovo contratto.

Art. 19 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V. sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa al loro manifestarsi.

Art. 20 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Borsa Valori di Milano (pubblicate da Il Sole 24 ore).

Art. 21 - Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese sanitarie:

- a) per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;**
- b) per 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 del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- c) per malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;**
- d) per la correzione di difetti visivi con trattamento Laser ad Eccimeri;**
- e) conseguenti ad intervento per la deviazione del setto nasale se non dovuto ad eventi di natura traumatica, escludendo altresì i casi di ipertrofia dei turbinati o poliposi;**
- f) per cure/prestazioni di persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;**
- g) per fecondazione non fisiologica (assistita);**
- h) per atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;**
- i) per infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);**
- j) per aborto volontario non terapeutico;**
- k) per eventi di natura e finalità di tipo estetico (con esclusione degli interventi di chirurgia plastica o di carattere stomatologica ricostruttiva o resi necessari a seguito di un infortunio);**
- l) per protesi dentarie in ogni caso e le cure sia dentarie sia per paradontopatie quando non siano rese necessarie da eventi riconducibili ad un infortunio;**
- m) per le protesi di qualsiasi altro tipo (con esclusione delle endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) intendendo per tali a titolo puramente esemplificativo: apparecchi acustici, plantari, ecc.**
- n) per trattamenti sclerosanti;**
- o) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, con l'esclusione di quanto indicato all'art. "Spese soggette a rimborso" lettera b);**

- p) per le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- q) per le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) per ricoveri in conseguenza di malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) anziché qualificate come cliniche o case di cura.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 22 - Richiesta di anticipo spese per i Ricoveri in Istituti Privati

Nel caso in cui la Casa di Cura privata, dovesse richiedere un anticipo, l'Assicurato potrà richiederlo entro il limite del 80% della spesa prevedibile e per un ammontare non inferiore a **Euro 20.000,00**.

La richiesta scritta, dovrà altresì contenere le seguenti informazioni:

- certificazione del medico curante che ne attesti la necessità;
- data orientativa del ricovero e costo approssimativo della spesa globale (su carta intestata della Casa di Cura).

Art. 23 - Denuncia del sinistro - Obblighi dell'Assicurato

A parziale deroga di quanto indicato all'art. "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro", l'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Società dal momento che ne ha avuto possibilità e comunque non oltre il centottantesimo giorno dalla scadenza della polizza. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica. In ogni caso le richieste di rimborso devono essere trasmesse entro trecentosessanta giorni dalla data di denuncia del sinistro. La presente limitazione (trecentosessanta giorni) vale anche nel caso di decesso dell'Assicurato, in tal caso saranno gli eredi che dovranno provvedere alla presentazione della necessaria documentazione. **Il superamento di tale limite temporale per la presentazione della richiesta di rimborso, comporterà il mancato riconoscimento del diritto alla liquidazione del rimborso.** L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 24 - Criteri di liquidazione

La liquidazione dei rimborsi sarà effettuata in base ai criteri ed alle modalità di seguito indicati:

a)Modulistica

Le richieste per l'ottenimento del rimborso delle spese sanitarie sostenute dovrà avvenire **utilizzando unicamente l'apposito Modulo-Allegato A**, indicato in calce alle presenti condizioni di assicurazione; i moduli compilati dovranno essere trasmessi direttamente alla Società.

b)Modalità operative da seguire nei casi di ricovero

- **Ricovero con intervento chirurgico anche ambulatoriale** - l'invio della documentazione completa **utilizzando l'apposito modulo per il rimborso dovrà essere inoltrato solo al termine dell'evento**. Pertanto si dovranno riepilogare le spese comprese quelle eventualmente sostenute nei giorni previsti in polizza per le prestazioni precedenti e posteriori l'evento di cui si richiede il rimborso. Dovrà essere allegata copia della cartella clinica.
- **Nel caso in cui l'Assicurato avesse utilizzato strutture del SSN e le spese di ricovero fossero rimaste totalmente a carico dello stesso, l'Assicurato dovrà allegare copia della cartella clinica e il foglio dimissioni dall'Ospedale (SDO).**

c)In tutti i casi che non comportano ricovero

Le richieste di rimborso per i casi che non comportano il ricovero devono essere riepilogate e presentate entro i termini previsti dall'articolo precedente. I giustificativi di spesa dovranno essere allegati al Modulo-Allegato A di cui al punto a).

d)Requisiti

Le parcelle, fatture, ricevute, notule, ecc. all'atto della presentazione per il rimborso devono risultare quietanzati con l'indicazione dell'avvenuto pagamento, dovranno altresì contenere tutti gli elementi richiesti/previsti dalla regolarità fiscale oltre all'indicazione di chi ha beneficiato della prestazione sanitaria.

Per le spese di carattere infermieristico si dovrà unire la richiesta del medico curante che ne attesti la necessità; non saranno riconosciute richieste di rimborso riferite a infermieri non provvisti di diploma.

Ciascun giustificativo di spesa relativa a esami clinici (Ticket inclusi) dovranno essere accompagnate da prescrizione medica (anche in fotocopia).

e)Pagamento dei rimborsi

Il pagamento verrà effettuato dalla società tramite bonifico bancario.

f)Termine per la liquidazione dei rimborsi

Il rimborso delle spese prestate avverrà indicativamente entro quarantacinque giorni dall'avvenuta presentazione della documentazione completa.

Padana Assicurazioni S.p.A

Via Cassinis, 21 – 20139 Milano

Tel 02 5351.1 Fax 02 5351.829

Internet: www.padanaassicurazioni.it

Capitale Sociale € 15.600.000 i.v.

Numero di iscrizione del Registro delle imprese di Milano Cod. Fisc. 02446390581- R.E.A. n. 865966

Partita I.V.A. 07530080154

Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00062

Iscr. Albo Gruppi Assicurativi n. d'ordine 031

Società soggetta alla Direzione e al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA

Società con Unico Socio

Imp. Autor. all'eser. delle ass. e riass. con D. di ric. del M. Ind., Comm. ed Artig. del 20 giugno 1986

(G.U. del 28/6/1986 n. 148) e successive autorizzazioni