

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA

PER IL

PERSONALE DEL CORPO NAZIONALE DEI

VIGILI DEL FUOCO



. 1 .

**1.1-DIARIA GIORNALIERA PER TUTTI I TIPI DI RICOVERI IN ISTITUTO
DI CURA PUBBLICO O PRIVATO,
ANCHE PER PARTO CESAREO O NATURALE**

Prestazioni Assicurate	Indennità Assicurate
Indennità di Ricovero Ospedaliero	La diaria viene erogata per un massimo di 45 giorni per evento
1) <u>Ricovero con Intervento Chirurgico</u> Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico e per parto cesareo	Corresponsione di una Diaria di Lire 150.000 per ogni pernottamento in Istituto di Cura.
2) <u>Ricovero a seguito di un Grande Intervento Chirurgico</u> come da elenco allegato alla Convenzione Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, a seguito di un grande intervento chirurgico	Corresponsione di una Diaria di Lire 200.000 per ogni pernottamento in Istituto di Cura.
3) <u>Ricovero senza Intervento Chirurgico</u> Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale	Corresponsione di una Diaria di Lire 100.000 per ogni pernottamento in Istituto di Cura. Sulla diaria viene applicata una franchigia di quattro giorni.

1.2-PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE EXTRA RICOVERO

Prestazioni Assicurate	Massimale Assicurato
Chemioterapia Radioterapia a scopo non fisioterapico Elettroencefalografia Risonanza Magnetica Nucleare Scintigrafia Ecocardiografia (anche color doppler) Tomografia Assiale Computerizzata Ecografia prostatica transrettale Ecografia transvaginale Mineralometria Ossea Computerizzata Ricerche genetiche per malformazioni: - Amniocentesi - Prelievo dei villi coriali	Massimale assicurato Lire 10.000.000 per persona e per anno. Utilizzando Strutture convenzionate con Unisalute, previa telefonata al numero verde 800-016633 della Centrale Operativa, le spese vengono liquidate direttamente da Unisalute alla struttura stessa. Utilizzando strutture non convenzionate con Unisalute le spese vengono rimborsate all'assicurato previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di lit. 100.000 per ogni accertamento o ciclo di terapia. Utilizzando strutture del SSN vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

. 10 .

**MODULO DI ADESIONE ALL'ASSISTENZA SANITARIA
PER I FAMILIARI DEL PERSONALE DEL
CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO**

Tale modulo deve essere restituito alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo - Piazza della Vittoria 7 16121 Genova tel. 010.5725243 - debitamente compilato in tutte le sue parti, entro il

Con riferimento alla polizza convenzione n. "Rimborso spese mediche" stipulata dall'Opera di Assistenza in favore del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del fuoco come da art. 25 "adesione del nucleo familiare":

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a il
 a _____ Codice fiscale
 e residente a _____ Prov. _____ telefono _____
 Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Chiede

L'iscrizione alla copertura sanitaria volontaria del coniuge e dei figli risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati. A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita e relativa provincia	Codice fiscale	Parentela
					Coniuge
					Figlio/figlia
					Figlio/figlia
					Figlio/figlia

Il/La Sottoscritto/a dichiara di avere versato l'importo di lit. 320.000 sul c/c postale n. intestato alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo in data di cui allega copia del bollettino.

Luogo e data

Firma (leggibile)

Attenzione:

allegare alla presente il modello per l'informativa/consenso sulla privacy (Art. 10 legge 31 dicembre 1996, n. 675)



. 8 .

**OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA
PERSONALE CORPO NAZIONALE VIGILI DEL FUOCO**

Spett.le

Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo
P.za della Vittoria, 9

16121 - GENOVA

RICHIESTA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

Tel. 010/572543 Fax 010/593967

Da compilarsi per ogni evento

TITOLARE: Cognome _____	Nome _____	Matricola _____
Indirizzo _____	CAP _____	Località _____
Prov. _____	Codice Fiscale _____	Telefono _____
DATI BANCARI BENEFICIARIO:		
Banca _____	Cod. Banca (ABI) _____	Cod. Agenzia (CAB) _____ N. Conto Bancario _____
Intestato a _____		

EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO**Garanzia di cui all'art. 4 delle C.G.A.****Indennità di ricovero ospedaliero**

Ricovero con Grande Intervento

Ricovero con intervento chirurgico

Ricovero senza intervento chirurgico

Day hospital con Grande Intervento

Day hospital con Intervento chirurgico

Day Hospital senza intervento

Periodo di degenza dal _____ al _____

Documentazione necessaria

w Copia della cartella clinica completa

w Documentazione sanitaria aggiuntiva

Garanzia di cui all'art. 5 delle C.G.A.**Alta specializzazione**

Fattura – ricevuta fiscale n°	Data	Emittente	Importo richiesto
TOTALE			

Documentazione necessaria

Richiesta del medico curante e/o specialista

Fatture e/o ricevute fiscali in originale

Garanzia di cui all'art. 6 delle C.G.A.**Garanzie aggiuntive**

Parcella n°	Data	Emittente	Importo richiesto
TOTALE			

Documentazione necessaria

Copia della cartella clinica completa

Prescrizioni mediche

Fatture e/o ricevute fiscali in originale

Tickets (per alta specializzazione o garanzie aggiuntive)

Numero documenti _____

Importo _____

Data _____

Documentazione necessaria

- w** *Copia della ricevuta relativa al pagamento del ticket*
- *Copia della prescrizione medica*

Firma _____

. 9 .

MODULO DA UTILIZZARE PER RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE O INDENNITA' DI DIARIA

E' NECESSARIO RISPETTARE SCRUPolosAMENTE LE SEGUENTI NORME

- 1 - Inviare una denuncia per ogni evento e per ogni assicurato
- 2 - Presentare la denuncia soltanto a guarigione avvenuta e a cura ultimata ma entro un anno dalla prestazione sanitaria (per evitare la prescrizione)
- 3 - Allegare tutta la documentazione in un'unica soluzione (l'invio separato vale come "altra denuncia")
- 4 - Fatture e ricevute di spesa devono essere in originale e fiscalmente regolari (la documentazione non verrà restituita se non su espressa richiesta)
- 5 - Per i ricoveri all'estero e' d'obbligo la traduzione dei documenti in italiano (a spese dell'assistito)
- 6 - Allegare al presente modello il modulo di "informativa e consenso" ai fini della legge sulla privacy debitamente compilato e sottoscritto

N.B.

- a) Se necessario, l'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia di assicurazione e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato
- b) Le controversie eventuali sull'indennizzabilità della denuncia sono demandate all'arbitrato di un collegio medico

**Per rispettare la legge sulla “privacy”
La informiamo sull’uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti**

(Art. 10 legge 31 dicembre 1996, n. 675)

La Compagnia Assicuratrice UNIPOL S.p.A., per fornire i servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti, deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano.

Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso per i trattamenti di dati, eventualmente anche sensibili (1), strettamente necessari per i suddetti servizi.

Il consenso concerne anche, più specificamente e secondo il particolare rapporto, l'attività svolta da soggetti operanti in Italia e all'estero che collaborano con noi ed a cui pertanto comunichiamo dati, o da soggetti a cui dobbiamo comunicare dati (soggetti tutti così costituenti la cosiddetta “catena assicurativa”), sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società (2).

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (2), sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi desiderati, anche quando li comunichiamo per il medesimo fine ai soggetti di cui al capoverso precedente.

Per i nostri trattamenti ci avvaliamo di “responsabili”, il cui elenco completo è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Servizio sottoindicato.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali debbono esserci forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (3) - non potremmo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (4).

Può rivolgersi per tutto ciò al **Servizio per la Tutela della Privacy** (fax 051-6096170).

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.

Inoltre, barrando una delle sottostanti caselle, Lei può decidere liberamente di dare o meno il consenso alla Società e ad altri determinati soggetti (5) per l'utilizzazione dei Suoi dati per attività (informazione e promozione commerciale; ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti) non strettamente collegate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere i nuovi servizi offerti dalla Società e dai suddetti soggetti.

SI

NO

COGNOME E NOME

—

Firma

—

Luogo e data

COGNOME E NOME

—

Firma

—

Luogo e data

COGNOME E NOME

—

Firma

—

Luogo e data

COGNOME E NOME

—

Firma

—

Luogo e data

COGNOME E NOME

—

Firma

—

Luogo e data

COGNOME E NOME

—

Firma

—

Luogo e data

Note

1) L'Art. 22 della legge 675/96 considera sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose, nonché l'adesione a partiti, sindacati od organizzazioni di carattere politico, religioso o sindacale.

2) Secondo lo specifico rapporto, i dati vengono comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche, SIM; altri soggetti inerenti allo specifico rapporto (contraente, assicurati, beneficiari, danneggiati, coobbligati, etc.); legali; periti e medici (indicati nell'invito); autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico posta-

le); società di revisione (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; società di recupero crediti;

- ANIA, organismi associativi e consortili, enti pubblici propri del settore assicurativo (l'elenco completo dei suddetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa); soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria; Magistratura; Forze di polizia ed altre Autorità pubbliche.

3)Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

4)Tali diritti sono previsti dall'art. 13 della Legge n. 675 del 1996. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

5)I dati personali possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo Unipol (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche e SIM.

1.3-GARANZIE AGGIUNTIVE, PER EVENTI AVVENUTI DURANTE LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

Prestazioni Assicurate	Massimali Assicurati
1) Fisioterapia	
Nell'arco di validità contrattuale, in caso di infortuni accaduti durante esercitazioni o interventi di soccorso, per prestazioni fisioterapiche necessarie	Fino a Lire 1.000.000 in strutture non convenzionate con la Società Unisalute Il predetto massimale viene elevato a Lire 2.000.000 in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società Unisalute
2) Grandi ustioni a seguito di infortunio occorso durante l'espletamento dei compiti istituzionali	
Nell'arco di validità contrattuale, le spese mediche per incidenti occorsi durante l'attività di soccorso o le esercitazioni per ustioni di 2° o 3° grado di almeno il 20% della superficie corporea. Per volto e mani ustioni di 3° grado qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata. Sono garantite le spese per interventi chirurgici di plastica ricostruttiva, le spese mediche preparatorie e successive, le visite specialistiche, le cure per il recupero funzionale e per la riparazione estetica	Massimale annuo di Lire 20.000.000 per persona e per anno assicurativo
Cure effettuate in località diversa dal luogo di residenza dell'Assicurato	Spese di vitto e pernottamento per un accompagnatore fino a Lire 200.000 al giorno, col massimo di Lire 5.000.000 per persona e per anno assicurativo
3) Intossicazioni o shock a seguito di infortunio occorso durante l'espletamento dei compiti istituzionali	
Nell'arco di validità contrattuale, per infortuni avvenuti durante le esercitazioni o le attività di soccorso per gravi intossicazioni o shock a carico apparato respiratorio certificate da un pronto soccorso, vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, prestazioni mediche per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio.	Massimale di Lire 15.000.000 per persona e per anno assicurativo
Cure effettuate in località diversa dal luogo di residenza dell'Assicurato	Spese di vitto e pernottamento per un accompagnatore fino a Lire 200.000 al giorno, col massimo di Lire 5.000.000 per persona e per anno assicurativo
4) Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio occorso durante l'espletamento dei compiti istituzionali	
Nell'arco di validità contrattuale, per infortuni avvenuti durante esercitazioni o attività di soccorso, che causino perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale certificata da un pronto soccorso, vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, prestazioni mediche, necessarie per la cura dei disturbi o per limitare effetti infortunio	Massimale di Lire 15.000.000 per persona e per anno assicurativo
Cure effettuate in località diversa dal luogo di residenza dell'Assicurato	Spese di vitto e pernottamento per un accompagnatore fino a Lire 200.000 al giorno, col massimo di Lire 5.000.000 per persona e per anno assicurativo
5) Malattie oncologiche	
Per neoplasie maligne a carico di un qualunque organo, diagnosticate durante la validità del contratto , ivi compreso il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia.	Massimale di Lire 15.000.000 per persona e per anno assicurativo

6) Rischio nucleare	
Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'Assicurato, nell'espletamento delle Sue funzioni istituzionali, venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessiti di cure inerenti, vengono rimborsate le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio	Massimale di Lire 20.000.000 per persona e per anno assicurativo
7) Terapia iperbarica	
Qualora l'operatore subacqueo in servizio venga colpito per cause accidentali, durante la validità contrattuale, da malattia di decompressione di tipo 2 che comporti un immediato ricovero vengono liquidate le spese sostenute per cure e/o terapie iperbariche durante il ricovero e le cure e/o terapie iperbariche di mantenimento	Massimale di Lire 10.000.000 per persona e per anno assicurativo
8) Ecografia addominale	
Esame per Ecografia addominale, riferita ad una prestazione per ogni anno assicurativo La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.	Sia in caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate con la Società Unisalute che non convenzionate, per il rimborso della spesa sostenuta è prevista l'applicazione di una franchigia di Lire100.000
9) Prevenzione (prestazione fruibile solo presso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute)	
a) Esame mammografico	
Esame per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età	Pagamento diretto da parte della Società Unisalute del costo della prestazione
b) Esame di laboratorio P.S.A	
Esame per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50°anno di età, eseguito una volta per anno assicurativo	Pagamento diretto da parte della Società Unisalute del costo della prestazione

GARANZIE ACCESSORIE

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016633 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano **nella forma di assistenza diretta** nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

. 4 .

MODALITA' OPERATIVE PER OTTENERE L'INDENNIZZO

Qualora uno degli Assicurati necessiti di cure mediche o esami occorre contattare al più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-016633 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30 (dall'estero numero *non gratuito* composto dal prefisso internazionale per l'Italia 0039 0516389046).

Nel caso in cui **motivi di urgenza** non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto possibile e comunque durante il periodo di ricovero, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

✓ Modalità da seguire per l'indennizzo della diaria per ricovero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza l'Assicurato deve inviare **direttamente alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo**, Piazza Della Vittoria 7, 16121 Genova, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

Ulteriore eventuali informazioni si possono richiedere telefonando al numero 010/5725243

✓ Utilizzo di strutture convenzionate con UniSalute

✓ Modalità da seguire per il rimborso delle spese di alta specializzazione extra ricovero e per le garanzie aggiuntive in caso di ricovero

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private e pubbliche.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di **ricovero** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, il "modulo di dimissioni" per attestazione dei servizi ricevuti.

All'atto della dimissione dall'istituto di cura l'Assicurato dovrà sottoscrivere un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e consegnare la richiesta del medico di fiducia. UniSalute si occuperà del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi, nei limiti previsti per ogni singola prestazione (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

L'Assicurato deve fornire alla Compagnia ogni informazione utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Attenzione: Prima di avvalersi delle prestazioni in una **struttura convenzionata**, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che la prestazione richiesta sia erogabile in regime di convenzione e che i medici interni alla struttura, scelti dall'Assicurato, abbiano aderito alla convenzione con UniSalute. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo dei medici convenzionati in alternativa. In caso contrario tutte le spese verranno liquidate secondo quanto previsto al punto seguente "Utilizzo di strutture non convenzionate"

✓ **Utilizzo di strutture non convenzionate con UniSalute**

✓ **Modalità da seguire per il rimborso delle spese di alta specializzazione extra ricovero e per le garanzie aggiuntive in caso di ricovero**

L'Assicurato può avvalersi anche di strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso, **limitatamente alle prestazioni di Alta Specializzazione ed alla ecografia addominale**, non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa:

Per ottenerne il rimborso l'Assicurato deve inviare direttamente alla **Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo, Piazza della Vittoria 7, 16121-Genova, Tel. 010/5725243** la seguente documentazione:

- il modulo di denuncia del sinistro;
- una copia della cartella clinica conforme all'originale **in caso di ricovero**;
- in caso di infortunio certificato di pronto soccorso;
- i certificati medici di prescrizione in caso di **prestazioni extraricovero con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione**;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

A richiesta dell'Assicurato, UniSalute restituisce gli originali dei documenti di spesa.

Nota bene: È importante che, insieme alle ricevute raccolte durante il ricovero, il Cliente invii tutte quelle relative alle prestazioni (accertamenti o terapie) effettuate prima e dopo il ricovero ed inerenti ad esso. Inviare queste documentazioni in tempi diversi potrebbe dare origine a disguidi di ordine amministrativo e diminuire la qualità del servizio prestato.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

✓ **Utilizzo di strutture del servizio sanitario nazionale**

✓ **Modalità da seguire per il rimborso delle spese di alta specializzazione extra ricovero e per le Garanzie Aggiuntive**

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario **rimborso integralmente** le spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Per ottenerne il rimborso l'Assicurato deve inviare direttamente alla **Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo, Piazza della Vittoria 7, 16121-Genova, Tel. 010/5725243** la seguente documentazione:

- il modulo di denuncia del sinistro;
- una copia della cartella clinica conforme all'originale **in caso di ricovero**;
- i certificati medici di prescrizione in caso di **prestazioni extraricovero con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione**;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- ✓ la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ✓ la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- ✓ il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) e attività sportive e/o ricreative non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- ✓ gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- ✓ le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ✓ le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio)
- ✓ le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, non rese necessarie da infortunio professionale compreso il rischio itinere ed, in ogni caso, le protesi dentarie;
- ✓ le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o di ortodonzia o terapeutici;
- ✓ le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti salvo quanto previsto dall'art. 6.6-Rischio nucleare;
- ✓ le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Compagnia di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Foglio n. 2 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione

CONTRAENTE

l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'assicurazione

SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A. per la gestione del contratto.

Ai fini della liquidazione dei sinistri per Società si intende la Compagnia Assicuratrice Unisalute S.p.A.

PREMIO

La somma dovuta alla Società

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili

MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

MALFORMAZIONE

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

DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Foglio n. 3 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorchè non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser o Criochirurgia.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla Società, in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute, in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day-Hospital.

FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.

SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

NEOISCRITTI

Personale Vigili del Fuoco di nuova assunzione che vengono subito iscritti nel ruolo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1-Definizioni

Nel testo, la parola "Società" designa la Compagnia così come indicate nella sezione Definizioni, per "Contraente" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "Assicurato" il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione, ovvero il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

Art. 2-Assicurati

L'assicurazione è prestata a favore del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, e si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di assistenza con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto con l'Amministrazione di appartenenza;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati.

Art. 3-Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, purchè occorso durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

- ✓ Diaria Giornaliera per tutti i tipi di ricoveri in Istituto di Cura pubblico o privato, anche per parto cesareo o naturale;
- ✓ Prestazioni di alta specializzazione;
- ✓ Garanzie aggiuntive, per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale.

Art. 4-Indennità di Ricovero Ospedaliero

4.1-Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di Lire 150.000.

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco **allegato n.° 1**, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a Lire 200.000.

La diaria viene erogata per un massimo di 45 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Art.4.2-Ricovero senza intervento

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di Lire 100.000.

La diaria viene erogata per un massimo di 45 giorni per ogni sinistro con l'applicazione di una franchigia di 4 (quattro) giorni.

Foglio n. 5 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Art. 5-Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- **Chemioterapia**
- **Radioterapia a scopo non fisioterapico**
- **Elettroencefalografia**
- **Risonanza Magnetica Nucleare**
- **Scintigrafia**
- **Ecocardiografia (anche color doppler)**
- **Tomografia Assiale Computerizzata**
- **Ecografia prostatica transrettale**
- **Ecografia transvaginale**
- **Mineralometria ossea computerizzata**
- **Ricerche genetiche per malformazioni:**
 - **amniocentesi**
 - **prelievo dei villi coriali**

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di Lire 10.000.000 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie **convenzionate con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie **non convenzionate con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile pari a £. 100.000 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 6-Garanzie Aggiuntive

La copertura comprende le seguenti garanzie aggiuntive:

Art. 6.1-Fisioterapia

In caso di infortuni subiti durante le esercitazioni o gli interventi di soccorso, la Società

Foglio n. 6 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

garantisce un massimale pari a Lire 1.000.000, per persona e per anno assicurativo per le prestazioni fisioterapiche rieducative necessarie.

Nel caso in cui le prestazioni fisioterapiche rieducative vengano effettuate presso strutture sanitarie **convenzionate con la Società**, il massimale previsto al presente articolo viene elevato a Lire 2.000.000.

Art. 6.2-Grandi Ustioni a seguito di infortunio occorso durante l'espletamento dei compiti istituzionali

La Società garantisce il rimborso delle spese mediche che l'Assicurato debba affrontare a causa di incidenti occorsi durante le attività di soccorso o le esercitazioni dai quali derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il venti per cento della superficie corporea, ad eccezione delle ustioni di terzo grado che interessino il volto e le mani, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

Sono pertanto considerati in garanzia gli interventi chirurgici di plastica ricostruttiva, le spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive, farmaci, visite specialistiche ed altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa o anche esclusivamente per la riparazione estetica.

Per tutto quanto sopra elencato viene previsto un massimale pari a Lire 20.000.000 per persona e per anno assicurativo.

Qualora si rendesse necessaria la permanenza dell'Assicurato in località diversa da quella del luogo di residenza per poter effettuare le cure richieste, viene garantito un ulteriore massimale di Lire 5.000.0000, per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento di un accompagnatore nel limite di Lire 200.000 al giorno.

Art. 6.3-Intossicazioni o shock a seguito di infortunio occorso durante l'espletamento dei compiti istituzionali

Nel caso di infortuni avvenuti durante le esercitazioni o le attività di soccorso, purchè nell'arco della validità contrattuale, dai quali derivino gravi intossicazioni e shock a carico dell'apparato respiratorio, certificate da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di Lire 15.000.000, per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Qualora si rendesse necessaria la permanenza dell'Assicurato in località diversa da quella del luogo di residenza per poter effettuare le cure richieste, viene garantito un ulteriore massimale di Lire 5.000.000, per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento di un accompagnatore nel limite di Lire 200.000 al giorno.

Art. 6.4-Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di

Foglio n. 7 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

infortunio occorso durante l'espletamento dei compiti istituzionali

Nel caso di infortuni avvenuti durante le esercitazioni o le attività di soccorso, purchè nell'arco della validità contrattuale, che causino la perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale, certificata da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di Lire 15.000.000, per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Qualora si rendesse necessaria la permanenza dell'Assicurato in località diversa da quella del luogo di residenza per poter effettuare le cure richieste, viene garantito un ulteriore massimale di Lire 5.000.000, per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento di un accompagnatore nel limite di Lire 200.000 al giorno.

Art. 6.5-Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di Lire 15.000.000, per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia.

Art. 6.6-Rischio nucleare

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'Assicurato, nell'espletamento delle Sue funzioni istituzionali, venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessiti di cure inerenti, viene garantito un massimale di L. 20.000.000, per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci ed altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Art. 6.7-Terapia iperbarica

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'operatore subacqueo in servizio venga colpito, per cause accidentali, da malattia da decompressione di tipo 2, che comporti un immediato ricovero, la Società liquiderà le spese per cure e/o terapie iperbariche sostenute durante il ricovero e le cure e/o terapie iperbariche di mantenimento, nel limite di Lire 10.000.000 per persona ed anno assicurativo.

Art. 6.8-Ecografia addominale

La Società rimborsa la spesa sostenuta dall'Assicurato per l'esecuzione di un esame di **Ecografia addominale**.

La spesa sostenuta, riferita ad una prestazione per ogni anno assicurativo, viene rimborsata previa applicazione di una franchigia assoluta di Lire 100.000.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società

Foglio n. 8 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 6.9-Prevenzione

La Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purchè eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa:

- **esame mammografico** per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;
- **esame di laboratorio P.S.A.**, eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età.

Art. 7-Garanzie accessorie

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016633 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano **nella forma di assistenza diretta** nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di

*Foglio n. 9 allegato a polizza n. **1065/80/32001354***

trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

* * * * *

Condizioni Particolari di Assicurazione

Art.8-Clausola di partecipazione agli utili

Trascorsi tre mesi dal termine dell'intero periodo assicurativo, inteso come data di cessazione del contratto, al fine di includere nel computo complessivo dei sinistri tutti quelli denunciati tardivamente, la Società redigerà un bilancio consuntivo della polizza nel quale verranno riportati:

- in entrata l'importo dei premi tassabili incassati nell'esercizio;
- in uscita l'ammontare dei sinistri, le spese di liquidazione nella misura del 10% dei sinistri e le spese per servizi nella misura del 5% dei premi tassabili.

Nel caso in cui il rapporto sinistri/premi risulti inferiore al 65%, il saldo attivo tra il 65% e il valore effettivo riscontrato verrà corrisposto alla Contraente nella misura del 50%.

Nel caso di saldo passivo nulla sarà dovuto alla Contraente.

Art. 9-Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- ✓ la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ✓ la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- ✓ il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) e attività sportive e/o ricreative non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- ✓ gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- ✓ le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ✓ le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio)
- ✓ le cure dentarie e delle paradontopatie, nonchè le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, non rese necessarie da infortunio professionale compreso il rischio itinere ed, in ogni caso, le protesi dentarie;
- ✓ le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o di ortodonzia o terapeutici;
- ✓ le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come

Foglio n. 11 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti salvo quanto previsto dall'art. 6.6-Rischio nucleare;

- ✓ le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

Art. 10-Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Compagnia di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 11-Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del 1° maggio 2001.

Gli Assicurati ricoverati presso Istituti di Cura alla predetta data di decorrenza sono assicurati per i giorni di ricovero e per le spese, indennizzabili a termini di polizza, successivi all'effetto del presente contratto.

Art. 12-Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 13-Denuncia dell'infortunio o della malattia

L'Assicurato **o chi per esso** dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-016633 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia 0039/516389046) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo punto 14.2.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa il sinistro verrà comunque gestito secondo quanto previsto al punto 14.2, purchè l'Assicurato, durante il periodo del ricovero, contatti la Centrale Operativa.

Art 14-Criteri di liquidazione

14.1-Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero di cui all'Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione

Foglio n. 12 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza l'Assicurato deve inviare direttamente alla **Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo** il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di presentazione alla Società della documentazione sanitaria da parte della Taverna Brokers S.p.A., che si impegna a trasmettergliela entro 5 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte dell'Assicurato.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta avente corso legale alla data della liquidazione.

14.2-Sinistri in strutture convenzionate con la Società relativi alle garanzie di cui agli Art. 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione (escluso Art. 6.8-Ecografia addominale)

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 14.3.

14.3-Sinistri in strutture non convenzionate con la Società relativi alle garanzie di cui agli Art. 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione (escluso Art. 6.9-Prevenzione)

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla **Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo** il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

Foglio n. 13 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

La Società effettua il rimborso dietro presentazione dell'originale delle notule e parcelle relative alle spese sostenute dall'Assicurato, che verranno restituite a liquidazione avvenuta, o copia conforme all'originale solo nel caso in cui necessiti presentare l'originale all'Ente di appartenenza (Ministero degli Interni) per comprovata domanda di rimborso spese avvenuta in servizio.

Dal rimborso verrà eventualmente detratto quanto già riconosciuto da Enti assistenziali o Servizio Sanitario Nazionale.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di presentazione alla Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate da parte della Taverna Brokers S.p.A., che si impegna a trasmetterglielo entro 5 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte dell'Assicurato.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia in valuta avente corso legale alla data della liquidazione oppure, in caso di altre valute, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

14.4-Sinistri nel servizio sanitario nazionale relativi alle garanzie di cui agli Art. 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione (escluso Art. 6.9-Prevenzione)

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto 14.3.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di presentazione alla Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate da parte della Taverna Brokers S.p.A., che si impegna a trasmetterglielo entro 5 giorni dal ricevimento della documentazione completa da parte dell'Assicurato.

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in valuta avente corso legale alla data della liquidazione.

Art. 15-Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione

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

Foglio n. 14 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive al Broker, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Compagnia per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto che si assume ogni responsabilità di mancato o ritardato pagamento del premio alla Società.

Art. 16-Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 17-Foro competente

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art.16 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la Società Contraente.

Art. 18-Scadenza del contratto

La durata del contratto è di un anno e successivamente si rinnoverà ad ogni scadenza annuale. E' data facoltà alle parti di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni.

In mancanza di disdetta, il contratto si intende rinnovato per una ulteriore annualità con un massimo di ulteriori due anni.

Art. 19-Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Art. 20-Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dalla Spett.le Taverna Società per Azioni di Brokeraggio

Foglio n. 15 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

Assicurativo.

L'incasso dei premi di polizza verrà effettuato per il tramite della Spett.le Taverna S.p.A. che provvederà al versamento diretto alle Compagnie.

Art. 21-Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

Art. 22-Premio e regolazione

La garanzia decorre dalle ore 00 del 1° maggio 2001 ed il premio annuo si intende stabilito in Lit. 200.000 comprensivo di imposta per ogni Assicurato per n:° 30.000 Assicurati, salvo conguaglio nella seconda semestralità.

Il pagamento del premio si effettuerà in rate semestrali.

La Contraente si impegna ad esibire alle persone incaricate dalla Società per l'effettuazione di accertamenti e controlli il registro del Ruolo del Corpo Nazionale relativo al contratto posto in essere.

Art. 23-Neoiscritti

Per i neoiscritti si conviene tra le parti che la garanzia avrà effetto dal momento dell'iscrizione nel Registro del Corpo Nazionale.

Art. 24-Inclusi nel corso dell'anno

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- ✓ se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- ✓ se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50 % del premio annuo.

Art. 25-Nucleo familiare

E' data facoltà agli Assicurati, con premio a proprio carico, di poter estendere le coperture assicurative previste dal presente contratto, ad eccezione di quelle di cui all'art. 6-Garanzie aggiuntive- al coniuge o convivente more-uxorio ed ai figli risultanti dallo stato di famiglia, purchè l'inclusione riguardi tutti i componenti del nucleo.

Il relativo premio annuo aggiuntivo viene fissato in Lire 320.000 per nucleo familiare.

Ai fini dell'operatività della garanzia gli Assicurati devono far pervenire, pena la decadenza al diritto, la scheda di adesione, completa dell'informativa e consenso al trattamento dei dati debitamente sottoscritto in ogni sua parte, alla **Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo** entro 90 giorni dalla data di effetto del contratto, contestualmente all'invio della documentazione comprovante il versamento del relativo premio, con decorrenza della garanzia dalla data di stipulazione del presente contratto.

Per gli Assicurati in garanzia alla data di effetto del presente contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla suddetta data è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite;

Foglio n. 16 allegato a polizza n. 1065/80/32001354

essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla **Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo** dell'apposita scheda di adesione. La garanzia decorrerà dalla data di comunicazione dell'avvenuta variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Taverna S.p.A..

Per i neoiscritti la scheda dovrà pervenire, pena la decadenza al diritto, alla **Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo** entro il 30 del mese successivo a quello di iscrizione nel Registro del Corpo Nazionale con decorrenza della garanzia dal giorno di iscrizione nel suddetto Registro.

Ai fini del pagamento del premio per l'estensione al nucleo familiare resta inteso che:

- ✓ se l'inclusione in garanzia avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- ✓ se l'inclusione in garanzia avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50 % del premio annuo.

In caso di cessazione del rapporto di assistenza con la Contraente da parte dell'Assicurato, gli eventuali familiari inclusi in polizza vengono mantenuti in garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva.

LA CONTRAENTE

UNIPOL ASSICURAZIONI SpA