

**CONVENZIONE
ASSICURATIVA**

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:

COMPAGNIA e/o SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A

CONTRAENTE

L'Ente che stipula la polizza

ASSICURATI

Le persone nel cui interesse è stipulata la polizza

POLIZZA

Il contratto di assicurazione

PREMIO

La somma dovuta alla Società

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

ISTITUTI DI CURA

Ospedale, Clinica, Casa di Cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative

INFORTUNIO E MALATTIA

E' considerato "infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

E' considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

GRANDI INTERVENTI

Gli interventi chirurgici indicati nell'elenco allegato alla presente polizza.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Art. 1 - Nel testo, la parola “Società” designa la Società UNIPOL, per Contraente si intende **l'ENTE BILATERALE PER IL TURISMO DI ROMA E PROVINCIA**, per “Assicurato” il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione

ASSICURATI

Art. 2 - L'assicurazione è prestata a favore degli **ISCRITTI** della Contraente, e si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di ASSOCIATO con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto stesso;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati.

PRESTAZIONI

Art.3 -

A - OSPEDALIERE

-La Società, per gli interventi di cui all'allegato elenco verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo del ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 500,00 e con un massimo di giorni 30;

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 500,00 ;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 1.000,00.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino alla concorrenza della somma di € 3.000,00, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo.

B - ANTICIPO

L'assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione, anche a titolo di cauzione, fino alla concorrenza delle spese effettivamente sostenute e documentate, purché nei limiti del massimale di polizza previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di cura in cui si attesti il ricovero, nonché la natura della malattia e dell'infortunio; tale anticipo verrà corrisposto a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità delle spese di ricovero; al termine si procederà al conguaglio, attivo o passivo, in base alle spese effettivamente sostenute.

C - TRASFORMABILITÀ DELLA PRESTAZIONE

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso (sia per il ricovero, sia per ogni altra prestazione sanitaria connessa con il ricovero stesso), la Società corrisponderà un'indennità per ogni giorno di ricovero di € 100,00 per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo.

DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 4 - Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura della malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici 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);
- gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o 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 ed, in ogni caso, le protesi dentarie;

- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto all'art. 3);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici.

PERSONE ASSICURABILI

Art. 5 - Per i soggetti assicurati la garanzia si intende operante fino al permanere del rapporto di ISCRITTO con la Contraente; allo scioglimento di detto rapporto la garanzia cessa con effetto immediato.

In ogni caso l'assicurazione cessa al compimento del 75° anno di età, con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al raggiungimento di detto limite.

TERMINI DI ASPETTATIVA

Art. 6 - L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/01/2004.

Gli assicurati ricoverati presso istituti di cura alla predetta data di decorrenza, sono assicurati per tutte le spese riferite a prestazioni successive alla medesima data.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Art. 7 - L'assicurazione vale per il mondo intero.

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA

Art. 8 - L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società nel momento in cui ne abbia avuto la possibilità (di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura).

La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica (copia della cartella clinica, ecc.).

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

Le procedure di denuncia e di presentazione della documentazione possono costituire oggetto di apposito regolamento a parte.

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Art. 9 - La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla presentazione, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate. Tale documentazione viene restituita contestualmente alla liquidazione, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle

notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 10 - L'assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

CONTROVERSIE

Art. 11 - 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 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 delle 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

COMPETENZA TERRITORIALE

Art. 12 - Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 11 è competente il foro del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

SCADENZA DEL CONTRATTO

Art. 13 – Il contratto si intende stipulato per un anno dalla sua sottoscrizione e si intenderà tacitamente rinnovato di anno in anno a meno che non venga data disdetta con raccomandata a.r. da una delle parti due mesi prima della scadenza.

FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA SOCIETÀ.

Art. 14 - Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

IMPOSTE

Art. 15 - 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 o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

COMPAGNIA ASSICURATRICE UNIPOL S.p.A
Un Procuratore

CONTRAENTE

.....

.....

Agli effetti dell. Art. 1341 II° comma C.C. la sottoscritta dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 11 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)

Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)

CONTRAENTE

.....

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

MALATTIE DEL CUORE :

- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia

TUMORI MALIGNI :

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale) per tumore maligno
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi di cistectomia totale per tumore maligno
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale per tumore maligno
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia per tumore maligno
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti, esclusi gli espianti