

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA

PER IL

PERSONALE DEL CORPO NAZIONALE DEI

VIGILI DEL FUOCO



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