

Zurich Sanitaria Aziende

Contratto di Assicurazione
Rimborso Spese Medico Ospedaliere.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota Informativa	pag.	1 di 4
A. Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag.	1 di 4
B. Informazioni sul contratto	pag.	1 di 4
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	pag.	3 di 4
Glossario	pag.	1 di 2
Condizioni di Assicurazione	pag.	1 di 9
Condizioni generali	pag.	1 di 9
• Norme che regolano l'Assicurazione in generale	pag.	1 di 9
• Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria forma "A"	pag.	2 di 9
• Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria forma "B"	pag.	2 di 9
• Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria forma "C"	pag.	2 di 9
• Norme comuni che regolano l'Assicurazione Sanitaria	pag.	3 di 9
Condizioni particolari	pag.	7 di 9
• Condizioni particolari valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A" e forma "B"	pag.	7 di 9
• Condizioni particolari valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", forma "B" e forma "C".	pag.	8 di 9
-		
Garanzie aggiuntive	pag.	8 di 9
• Complementare Sanitaria	pag.	8 di 9
• Garanzie aggiuntive valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare Sanitaria	pag.	8 di 9
• Garanzie aggiuntive valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A"	pag.	8 di 9
• CASSA DI ASSISTENZA - Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare sanitaria	pag.	9 di 9
In caso di Sinistro	pag.	9 di 9

Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia
Telefono n. 02.59660070 - Telefax n. 02.26622768
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it
Sito internet: www.zurich.it
Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

Zurich Insurance plc, è una società facente parte del Gruppo Zurich Financial Services, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (CBI) ed è soggetta ad una limitata attività di regolamentazione e vigilanza da parte dell'Istituto di Vigilanza Assicurazioni (IVASS).

Zurich Insurance plc, svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18 giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'Assicurazione sulla Vita, attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.

Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) dal 3/1/08 al n. I.00066.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.512 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.504 milioni di euro. L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente riferito alla gestione di tutti i rami danni, è del 263,1%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP) e la normativa regolamentare vigente in Irlanda.

Si precisa inoltre che le modifiche del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.zurich.it. Per informazioni rivolgersi all'intermediario assicurativo cui è assegnata la polizza oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: informazioni@zurich.it.

B. Informazioni sul contratto

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA:

Ciascuna Parte può dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata A/R inviata almeno 3 mesi prima della data di scadenza contrattuale prevista.

In mancanza, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo n. 5 "Pro-roga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Rimborso Spese sanitarie per Ricovero con o senza Intervento chirurgico;
- Rimborso Spese sanitarie per Ricovero per Grande Intervento chirurgico
- Diaria da Ricovero.
- Rimborso Spese Prestazioni extra-ospedaliere;
- (Indennità Sostitutiva in caso di spesa ospedaliera a carico del SSN).

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le "Norme Comuni che regolano l'Assicurazione sanitaria" prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato negli art. 19 "Esclusioni" e 20 "Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie".

Specifiche esclusioni sono previste anche in rapporto alle singole coperture, come previsto dalle garanzie 1 e 2 della sezione Complementare Sanitaria, o dalle "Norme che regolano l'assicurazione sanitaria forma A", art. 14 lett. f.

AVVERTENZA:

Le "Norme che regolano l'Assicurazione in generale" prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo come disciplinato nell'art. 2 "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia".

AVVERTENZA:

Le "Norme Comuni che regolano l'Assicurazione sanitaria" prevedono all'art. 21 "Limite di età" la presenza del limite di 80 anni quale età massima assicurabile. Qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annua di Polizza successiva al compimento dell'ottantesimo anno d'età.

AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dall'Assicurato ed indicato in Polizza; le prestazioni possono essere soggette ad applicazione di Franchigie e/o scoperti indicati in Polizza o previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda agli articoli 27, 28 e 29 delle Condizioni Particolari ed alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione

dei meccanismi di funzionamento di applicazione di scoperti e franchigie, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale

Massimale:	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	10.000,00 euro
Franchigia:	1.500,00 euro
Indennizzo:	8.500,00 euro

Esempio 2: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale

Massimale:	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	150.000,00 euro
Franchigia:	1.500,00 euro
Indennizzo:	100.000,00 euro

Esempio 3: Prestazione soggetta all'applicazione dello Scoperto in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale

Massimale:	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	10.000,00 euro
Scoperto: 20%	2.000,00 euro
Indennizzo:	8.000,00 euro

Esempio 4: Prestazione soggetta all'applicazione dello Scoperto in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale

Massimale:	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	150.000,00 euro
Scoperto: 20%	30.000,00 euro
Indennizzo:	100.000,00 euro

Esempio 5: Prestazione soggetta all'applicazione concomitante di Franchigia e Scoperto

Massimale:	100.000,00 euro
Ammontare del danno:	10.000,00 euro
Scoperto: 20%	2.000,00 euro
Franchigia:	1.500,00 euro
Indennizzo = Ammontare del danno – il più elevato tra Scoperto o Franchigia:	8.000,00 euro
(il 20% di Scoperto è superiore alla Franchigia di 1.500,00 euro)	

4. Periodi di Carenza contrattuali

AVVERTENZA:

Le “Norme Comuni che regolano l'Assicurazione sanitaria” prevedono dei periodi di Carenza come disciplinati all'art. 17 “Termini di aspettativa” delle Condizioni di Assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al predetto articolo.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Questionario anamnestico - Nullità

AVVERTENZA:

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto, comprese le dichiarazioni rilasciate nel Questionario anamnestico, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché la cessazione dell'Assicurazione stessa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 1 “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio” delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Compilare il Questionario anamnestico in maniera precisa e veritiera. Prima della sottoscrizione verificare con attenzione l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio

Le Condizioni di assicurazione non prevedono ipotesi di aggravamento o diminuzione del rischio.

7. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio con possibilità per il Contraente di frazionamento semestrale senza oneri aggiuntivi.

Modalità di pagamento del premio

Gli Intermediari Assicurativi possono ricevere dal Contraente esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate);
- carta di credito, se disponibile presso l'Intermediario Assicurativo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui.

I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei Premi.

AVVERTENZA:

Il Premio può essere oggetto di sconti qualora il Contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali la Compagnia applica tariffe agevolate (convenzioni) oppure per effetto di scontistiche concesse dalla Compagnia all'Intermediario assicurativo e da questo gestite autonomamente.

In caso di durata poliennale, al solo contratto con modalità di pagamento ricorrente viene applicato uno sconto, ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in polizza. A fronte di tale sconto, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il Contraente non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso, a fronte della concessione dello sconto concesso ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in Polizza.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il Premio non sono soggetti ad adeguamento.

Solo in presenza di gruppi molto piccoli potrebbe essere concordato un Premio basato sull'età degli assicurati

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

Il diritto di recesso spetta a ciascuna Parte nei soli contratti

poliennali per i primi due anni di durata del contratto e dopo ogni denuncia di Sinistro, nei termini e con gli effetti di cui all'art. 4 delle Condizioni Generali di assicurazione. In caso di contratto poliennale, se la durata dell'assicurazione supera i cinque anni, l'Assicurato trascorso il quinquennio ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e senza oneri, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto alla Legge Italiana.

12. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate alle garanzie previste dalla presente Polizza sono pari al 2,50% e sono a carico del Contraente.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA:

La data di insorgenza del sinistro è quella in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato il Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day Hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra-Ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Come previsto dall'Art 22 "Denuncia dell'Infortunio o della Malattia - Obblighi in caso di Sinistro" Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del Sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.

La Denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo, oppure alla Compagnia di Servizi Newmed S.p.A secondo le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione..

La Denuncia è diretta all'acquisizione tempestiva, oggettiva e completa dell'evento, che colpisce la garanzia Malattia e delle sue conseguenze.

La Compagnia può svolgere propri accertamenti od indagini. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA:

L'Assicurato può decidere di avvalersi di centri e medici convenzionati; in questo caso il pagamento delle prestazioni viene effettuato direttamente dalla Compagnia, restando a carico

dell'Assicurato le sole Franchigie e Scoperti eventualmente previsti nelle Condizioni di Assicurazione e/o in Polizza.

Diversamente, qualora l'Assicurato dovesse optare per centri e/o medici non convenzionati, il pagamento delle prestazioni verrà effettuato tramite Rimborso delle spese sostenute ed effettivamente documentate, con eventuale applicazione di uno Scoperto e/o di una Franchigia a carico dell'Assicurato così come indicato nelle Condizioni di Assicurazione e/o in Polizza.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo "in caso di sinistro".

L'elenco dei centri e dei medici convenzionati insieme alla modulistica è reperibile sul sito internet www.newmed.net

15. Reclami

Eventuali Reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i Reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri.

I Reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del Reclamante, denominazione della Compagnia, dell'Intermediario Assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il Reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal Reclamante.

I Reclami devono essere inviati per iscritto a:

- ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Fax numero: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it
Sito internet:
<http://www.zurich.it/services/segnalazioni-e-reclami.htm>
 - o tramite il sito internet della Compagnia www.zurich.it dove, nell'apposita sezione dedicata ai Reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso alla Compagnia.
- All'IVASS
- Vanno indirizzati i Reclami:
- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di Assicurazione e di Riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
 - nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di

riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.

I Reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del Reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione della Compagnia, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del Reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di 45 giorni e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del Reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza (www.ivass.it) nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito della Compagnia www.zurich.it. La presentazione del Reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it.

I Reclami devono essere inviati per iscritto a:

I.V.A.S.S.

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06/421.33.745/353

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei Reclami sono contenute nel Regolamento ISVAP n. 24/2008, che l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi o all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

- la mediazione civile, disciplinata dal D. Lgs. 28/2010 e s.m.i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo

provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;

- l'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia;
- la convenzione di negoziazione assistita, istituita dal D.L. 132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa od a una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

AVVERTENZA

Nel caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulla misura dei rimborsi e delle indennità, è facoltà delle Parti ricorrere ad un Collegio Arbitrale, composto da tre soggetti, uno dei quali di nomina dell'Assicurato.

Il Collegio avrà sede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio eletto dall'Assicurato.

Rimane comunque ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

17. Accesso all'Area Clienti Riservata

Sul sito www.zurich.it è disponibile l'Area Clienti Riservata dove il Contraente può consultare le proprie coperture assicurative in essere.

A garanzia di una consultazione sicura, è necessario richiedere le credenziali d'accesso tramite registrazione nella sezione dedicata all'Area Clienti Zurich sul sito www.zurich.it e seguire le istruzioni. In caso di problemi di accesso al proprio spazio riservato o di dubbi in merito alla consultazione, è disponibile un servizio di supporto all'indirizzo: areaclienti@it.zurich.com.

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia - è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

*Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia*



Data ultimo aggiornamento: 1 Settembre 2015

Glossario

Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

Associato alla Cassa di Assistenza - Il soggetto che intende provvedere, a favore di una o più categorie di personale dipendente, a prestazioni assistenziali per lui obbligatorie in forza di Contratto, Accordo o Regolamento Aziendale

Carenza (o termine d'aspettativa) - Il periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Centro Medico - Il centro, anche non adibito al Ricovero dei malati, regolarmente autorizzato all'erogazione di prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

Compagnia - La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc - Rappresentanza generale per l'Italia.

Contraente - Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Convalescenza - Il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica oppure per la stabilizzazione dei postumi.

Data del Sinistro - La data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato il Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day Hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra-Ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Hospital - Degenza in Istituto di cura che non comporta pernottamento e con la presenza continua, nella struttura, di un medico; non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso.

Franchigia: L'importo prestabilito, in cifra fissa o in percentuale sulla somma assicurata, che, in caso di Sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo.

Frattura ossea - Rottura di un osso in genere conseguente a una causa lesiva che abbia agito più o meno (intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta); Sono parificate alle fratture ossee le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Inabilità temporanea - Incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Indennizzo / Rimborso - La somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio - Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Ingessatura - Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermo-coagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

Intervento ambulatoriale - Ogni intervento di piccola chirurgia eseguito senza Ricovero presso ambulatori o studi medici chirurgici.

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital. Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'Assicurato.

Malattia mentale - Ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD - 10 del OMS).

Malformazione o Difetto fisico - Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Medicina alternativa o complementare - Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica).

Massimale - La somma rimborsabile dalla Compagnia per ogni Sinistro. Quando è specificato in Polizza che il Massimale è prestato per un periodo di Assicurazione, rappresenta l'obbligazione massima a cui la Compagnia è tenuta per tutti i sinistri verificatisi durante lo stesso periodo di Assicurazione.

Network / Rete - La rete convenzionata dalla Compagnia di Servizi Newmed S.p.A., costituita da Istituti di cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti Medici che provvedono all'erogazione delle prestazioni. L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile sul sito www.newmed.net

Nucleo assicurato - Il coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico e no, purchè conviventi come da stato di famiglia.

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell'Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamante - Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario e il danneggiato.

Reclamo - Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero - La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio - La degenza, con o senza pernottamento, in Istituto di cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scoperto - La percentuale del danno liquidabile a termini di Polizza che, per ciascun Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro - Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'Assicurazione.

Territorio Italiano - Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o presso Centri Medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto indennizzabili a termini di Polizza.

Visita specialistica: la visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.**

Condizioni di Assicurazione

Condizioni generali

Norme che regolano l'Assicurazione in generale

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Inabilità temporanea, nonché la stessa cessazione dell'Assicurato, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2

Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza oppure alla Compagnia. **Se il Contraente non paga 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, fermi le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti, a parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile.** Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia concesso il frazionamento in più rate.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

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

Articolo 4

Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto di liquidazione dell'Inabilità temporanea, le Parti hanno facoltà di recedere dall'Assicurazione **con preavviso di 30 giorni mediante comunicazione scritta.** Indipendentemente da chi abbia esercitato la facoltà di recesso, entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la Compagnia rimborserà al Contraente la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso.

Il recesso avrà effetto:

- dalla scadenza del periodo annuo di Assicurazione in corso se la comunicazione avverrà almeno 90 giorni prima di detta scadenza;

altrimenti

- dalla scadenza del periodo annuo di Assicurazione successivo. Il diritto di recesso non potrà essere esercitato trascorsi due anni dalla stipulazione del contratto.

Il presente articolo non si applica ai contratti di durata annuale o inferiore.

Articolo 5

Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno tre mesi prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di Assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Articolo 6

Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 7

Foro competente

Qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del Foro di Milano. Qualora il Contraente e/o l'Assicurato sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.L.vo 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione della Polizza sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 8

Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

La presente Polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'Assicurazione infortuni e Malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Articolo 9

Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

Articolo 10

Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia e in valuta italiana.

Articolo 11

Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, **devono essere fatte con lettera raccomandata, telefax o telegramma** alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza.

Articolo 12

Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o degli aventi

diritto a ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto.

Articolo 13

Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge italiane.

Norme che regolano l'Assicurazione sanitaria forma "A"

(Rimborso Spese Mediche in forma completa)

Articolo 14

Prestazioni

La Compagnia assicura, **entro il limite della somma indicata sulla scheda di Polizza**, in tutti i casi di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, effettuato in Istituto di cura o in ambulatorio, il Rimborso delle spese a seguito di infortuni, malattie o parto cesareo, verificatisi nel corso dell'anno assicurativo, qualunque ne sia il numero, per ciascun Assicurato e/o ciascun Nucleo assicurato:

- a) per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati **nei 100 giorni precedenti il Ricovero**, purché direttamente inerenti all'Infortunio o alla Malattia che origina il Ricovero;
 - b) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, nonché le endoprotesi o gli apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;
 - c) per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i Trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami riguardanti il periodo di Ricovero;
 - d) per le rette di degenza.
 - e) per il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il Ricovero, **con il limite massimo di 1.500,00 euro per persona e per evento**;
 - f) per le spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del Ricovero per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, per Trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**), effettuate **nei 100 giorni successivi al Ricovero stesso**;
 - g) per vitto e pernottamento nell'Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato **fino alla concorrenza di 2.000,00 euro per ciascun Sinistro e anno assicurativo**;
 - h) per parto fisiologico o cesareo avvenuto in Istituto di Cura **fino a un massimo di 4.000,00 euro**;
- nonché il Rimborso delle medesime spese sostenute:
- i) per il prelievo sul donatore;
 - j) per il prelievo sull'Assicurato in qualità di donatore vivente. Qualora l'Assicurato non si avvalga del "Servizio Carta Sanitaria", i rimborsi delle spese precedentemente elencate verranno effettuati **con il limite massimo di:**
- 1) **3.000,00 euro** per ciascun Ricovero e/o Intervento chi-

rurgico per adenoidi e tonsille;

- 2) **6.000,00 euro** per ciascun Ricovero e/o Intervento chirurgico per appendici, varici, ernie, emorroidi e aborto terapeutico.

Norme che regolano l'Assicurazione sanitaria forma "B"

(Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici)

Articolo 15

Prestazioni

La Compagnia assicura, **entro il limite della somma indicata sulla scheda di Polizza**, per gli infortuni e le malattie verificatesi nel corso dell'anno assicurativo, qualunque ne sia il numero, per ciascun Assicurato e/o ciascun Nucleo assicurato, il Rimborso delle spese per le prestazioni elencate all'art. 14, sostenute esclusivamente in occasione di Grande Intervento chirurgico rientrante nel relativo capitolo, sino a concorrenza del Massimale assicurato.

La liquidazione della diaria sostitutiva viene prestata nei modi e termini di cui all'art. 26.

Norme che regolano l'Assicurazione sanitaria forma "C"

(Indennità da Ricovero)

Articolo 16

Prestazione

Le indennità che seguono non sono cumulabili tra loro, ovvero per uno stesso giorno non potrà essere corrisposta che una sola indennità.

La prestazione consiste in:

Indennità da Ricovero:

liquidazione dell'indennità giornaliera risultante dalla scheda di Polizza, per ciascun giorno di degenza e **per la durata massima di 360 giorni**, in caso di Ricovero in Istituto di cura.

L'Assicurazione vale per il Ricovero in genere, reso necessario da Malattia, Infortunio, parto cesareo e nei casi di trapianto di organi.

La garanzia vale inoltre per il parto non cesareo e le fratture ossee documentate, nei limiti che seguono.

Indennità aggiuntive:

1) Parto non cesareo

In caso di parto non cesareo l'indennità garantita viene corrisposta **fino ad un massimo di sette giorni di degenza per evento**.

2) Frattura ossea

In caso di:

- a) Ricovero a seguito di Malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso l'Istituto di cura che l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile dal paziente, la Compagnia liquida la diaria pattuita per la degenza sino alla data di rimozione del mezzo, **con il massimo di 90 giorni per Sinistro**;

- b) Frattura ossea documentata, la Compagnia liquida la diaria pattuita per la degenza:
- I. nel caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile dal paziente e tendente all'immobilizzazione della parte, sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 90 giorni per Sinistro;
 - I. negli altri casi di frattura, nei quali non è necessario applicare il mezzo di contenzione con le caratteristiche esposte al punto precedente, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di degenza per ogni giorno di inabilità:
 - integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni (Inabilità temporanea totale);
 - al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni (Inabilità temporanea parziale).
 L'inabilità accertata sarà liquidata al 60% a totale e per il restante 40% a parziale, e con il massimo di 60 giorni per Sinistro.

Norme comuni che regolano l'assicurazione sanitaria

(valide e sempre operanti, indipendentemente dalla forma di Assicurazione scelta)

Articolo 17

Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione per gli infortuni;
 - b) dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le malattie;
 - c) dal 90° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto della stipulazione della Polizza e salva diversa pattuizione;
 - d) dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le patologie varicose e per il parto.
- Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - **con il termine di aspettativa di 30 giorni** - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante i medesimi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- 1) dal giorno in cui aveva effetto la Polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- 2) dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto precede vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Articolo 18

Esclusione di persone assicurate

Eventuali esclusioni di persone non daranno luogo a Rimborso di Premio che si considera pertanto indivisibile.

Articolo 19

Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave sul Questionario anamnestico che è parte integrante della presente Polizza;
- b) l'eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- c) Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- d) gli infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'Assicurato, restando operante l'Assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- e) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) la cura dell'A.I.D.S. e della sieropositività HIV;
- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio);
- i) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 29;
- k) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici raggi X, etc.);
- l) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti;
- m) gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei e dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e alle relative prove e allenamenti;
- n) il Rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- o) degenze necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- q) le spese, in genere, non conseguenti a Infortunio, Malattia o parto.

Articolo 20

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

- a) Premesso che la Compagnia non acconsentirebbe a prestare l'Assicurazione se al momento della stipulazione della Polizza fosse a conoscenza che l'Assicurato è affetto da alcolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, resta precisato che, qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.
- b) Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'assicurazione termina alla prima scadenza annua di polizza e successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Articolo 21

Limite di Età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno di età.

Qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annua di Polizza successiva al compimento dell'ottantesimo anno d'età.

Articolo 22

Denuncia dell'Infortunio o della Malattia - Obblighi in caso di Sinistro

Il Contraente o l'Assicurato devono presentare denuncia alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza al più presto e comunque, per i casi di Ricovero, entro 5 giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura.

La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo sin da ora dal segreto professionale i medici che avranno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 23

Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della Malattia, le Parti, con scrittura privata, conferiscono mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel comune sede dell'Istituto di

Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, sin d'ora, a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiutasse di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Articolo 24

Pagamento dell'Indennizzo

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai suoi eredi a termini di Polizza, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

La documentazione medica da fornire alla Compagnia, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia di Sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate.

Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata. Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle a un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un Rimborso, la Compagnia effettua il Rimborso per la parte eccedente dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il Rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana.

Articolo 25

Elenco grandi interventi chirurgici

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

a) Anastomosi vasi intra-extracranici

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Cranioplastiche
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Emisferectomia
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extramidollari

- Laminectomia per tumori intra-midollari
 - Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi)
 - Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
 - Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
 - Operazioni per encefalo meningocele
 - Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
 - Terapia chirurgica delle fistole arterovenose:
 - 1) aggressione diretta
 - 2) legatura vaso-afferente intra-cranico
 - 3) legatura vaso-afferente extra-cranico
 - Vagotomia per via toracica
- b) Faccia e bocca**
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
 - Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
 - Demolizione dell'osso frontale
 - Fratture dei mascellari superiori: trattamento chirurgico e ortopedico
 - Fratture del condilo e della apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico
 - Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
 - Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
 - Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
 - Plastica per paralisi del nervo facciale
 - Resezione mascellare superiore
 - Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
 - Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- c) Collo**
- Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
 - Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne
 - Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
 - Svuotamento ganglionare latero cervicale bilaterale
 - Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- d) Esofago**
- Collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparotomica
 - Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
 - Interventi di varici esofagee
 - Mediastinotomia per enfisema mediastinico
 - Operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali
 - Resezione dell'esofago cervicale
 - Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- e) Torace**
- Asportazione del timo
 - Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
 - Asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare
 - Decorticazione polmonare
 - Interventi per fistole bronchiali cutanee
 - Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
 - Interventi sul mediastino per tumori
 - Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
 - Pleuro pneumectomia
 - Pneumectomia
 - Pneumolisi a cielo aperto
 - Pneumotomia per asportazioni di cisti da echinococco
 - Resezione bronchiale, con reimpianto
 - Resezione segmentarie e lobectomia
 - Toracoplastica parziale
 - Toracoplastica totale
 - Toracotomia esplorativa
- f) Chirurgia cardiaca**
- Interventi a cuore aperto
 - Interventi a cuore chiuso
 - Pericardiectomia
- g) Stomaco e duodeno**
- Cardiomotomia extramucosa
 - Esofago -cardioplastica
 - Gastroectomia totale
 - Gastroectomia totale per via toraco-laparotomica
 - Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
 - Intervento per mega esofago
 - Piloroplastica + vagotomia
 - Reintervento per mega-esofago
 - Resezione gastrica
 - Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
 - Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- h) Peritoneo e intestino**
- Colectomia segmentaria
 - Colectomia totale
 - Enteroanastomosi
 - Exeresi di tumori retroperitoneali
 - Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
 - Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino - resezioni intestinali
 - Occlusione intestinale di varia natura -resezione intestinale
 - Resezione del tenue
 - Resezione ileo-cecale

- Resezione intestinale
 - Sutura della lesione
- i) Retto e ano**
- Amputazione del retto per via addomino perineale: in più tempi
 - Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
 - Amputazione del retto per via addomino-perineale
 - Amputazione del retto per via perianale
 - Amputazione del retto per via sacrale
 - Operazione per mega colon
 - Resezione anteriore del retto
- j) Fegato e vie biliari**
- Colectomia
 - Drenaggio biliodigestivo intraepatico
 - Epatico e coledocotomia
 - Epatico -digiuno - duodenostomia
 - Epatomia semplice per cisti da echinococco
 - Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
 - Interventi per la ricostruzione delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
 - Papillotomia per via trans-duodenale
 - Resezione epatica
- k) Pancreas e milza**
- Anastomosi mesenterica-cava
 - Anastomosi porta-cava e spleno-renale
 - Deconnessione azygos-portale
 - Interventi demolitivi del pancreas:
 - 1) totale o della testa
 - 2) della coda
 - Interventi di necrosi acuta del pancreas
 - Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - 1) enucleazione delle cisti
 - 2) marsupializzazione
 - 3) cistovisceroanastomosi
 - Interventi per fistole pancreatiche
 - Splenectomia
- l) Vasi**
- Disostruzione by-pass aorta addominale
 - Interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
 - Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
 - Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
 - Operazione sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
 - Resezione arteriosa con plastica vasale
- m) Ortopedia e traumatologia**
- Artroprotesi di anca
 - Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
 - Disarticolazione interscapolo toracica
 - Emipelvectomy
 - Protesi di femore
 - Protesi di polso
 - Protesi di spalla e gomito
 - Protesi di Thompson
 - Vertebrotonia
- n) Urologia**
- Cistectomia totale
 - Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
 - Fistole vescico-vaginale
 - Ileocisto plastica -colecisto plastica
 - Intervento per estrofia della vescica
 - Intervento per fistola vescico- intestinale
 - Intervento per fistola vescico- rettale
 - Nefrectomia allargata per tumore
 - Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
 - Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
 - Resezione renale con clampaggio vascolare
 - Surrenalectomia
 - Uretero-ileo-anastomosi (o colo-bilaterale o totale)
- o) Apparato genitale**
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
 - Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
 - Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
 - Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
 - Cura chirurgica di fistola ureterale
 - Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
 - Eviscerazione pelvica
 - Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
 - Isterectomia per via vaginale
 - Isterectomia totale con annessiectomia per via laparotomica
 - Isterectomia totale per via laparotomica
 - Metroplastica
 - Orchiectomia allargata per tumore
 - Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
 - Pannisterectomia radicale per via addominale
 - Pannisterectomia radicale per via vaginale
 - Vulvectomy allargata
 - Vulvectomy totale
- p) Oculistica**
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
 - Iridocicloretrazione
 - Trabeculoctomia
- q) Otorinolaringoiatria**
- Anastomosi e trapianti nervosi
 - Asportazione di tumori dell' orecchio medio

- Asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Distruzione del labirinto
- Interventi per otosclerosi
- Neurinoma dell'VIII paio
- Ricostruzione della catena ossicolare
- Sezione del nervo cocleare
- Sezione del nervo vestibolare
- Timpanoplastica

r) Laringe

- Interventi per paralisi degli abducenti
- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia ricostruttiva
- Laringectomia totale
- Laringefaringectomia
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera)
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera) con svuotamento latero-cervicale
- Tumori parafaringei

s) Trapianti

- Trapianto organi degli apparati:
 - 1) circolatorio
 - 2) digerente
 - 3) respiratorio
 - 4) Urinario
- Trapianto cornea
- Trapianti ossei
- Trapianto di midollo osseo

Condizioni particolari

(sempre operanti)

Condizioni particolari valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A" e forma "B"

Articolo 26

Day Hospital

In caso di degenza in regime di Day Hospital resa necessaria da Malattia o Infortunio, in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, la Compagnia rimborsa le spese per assistenza medica, infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché per i medicinali somministrati durante la degenza stessa.

Il Day Hospital non è operante se riferito a soli fini diagnostici.

Articolo 27

Diaria sostitutiva

La Compagnia corrisponde un'indennità di 250 euro per ogni

giorno di Ricovero in Istituto di cura, per **un periodo massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo**, se tutte le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La degenza in Day Hospital non è soggetta alla predetta indennità.

Articolo 28

Correzione della vista

In caso di cheratotomia anche con laser anche a eccimeri, la garanzia di cui al presente articolo viene prestata esclusivamente per gli Assicurati che abbiano un grado documentato di Miopia uguale o superiore alle 6 diottrie per ciascun occhio.

La garanzia è prestata **fino a concorrenza di 1.500,00 euro per anno assicurativo** con l'applicazione di uno Scoperto del **20% con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro.**

Articolo 29

Terapie oncologiche

Nei casi di malattie neoplastiche, la Compagnia rimborsa le spese sostenute e documentate relative a chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non necessariamente effettuate in regime di Ricovero o di Day Hospital, **sino a concorrenza di 5.000,00 euro per anno assicurativo e per ciascun Assicurato e/o ciascun Nucleo assicurato**, con applicazione di uno Scoperto del **20%**, con il minimo di **100,00 euro, per ogni ciclo di cura.**

Articolo 30

Protesi ortopediche e apparecchi acustici

A parziale deroga dell'art. 19 lettera j), la garanzia si intende estesa all'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici **sino alla concorrenza di 1.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica **per ciascun anno assicurativo per ogni Assicurato, con applicazione di una Franchigia di 100,00 euro per ogni Sinistro.**

Articolo 31

Assistenza infermieristica professionale domiciliare

La Compagnia si obbliga nei confronti dell'Assicurato a rimborsare le spese sostenute per remunerare un infermiere nell'assistenza domiciliare, a seguito di Ricovero presso Istituto di cura, a condizione che risulti da una documentazione medica la necessità di tale assistenza.

Il Rimborso è riconosciuto per un **periodo massimo di 30 giorni** a seguito di Ricovero **sino a concorrenza di 50 euro al giorno.**

Articolo 32

Spese ambulatoriali di Pronto Soccorso

In caso di cure ambulatoriali di Pronto Soccorso presso Istituto di cura a seguito di Infortunio o Malattia che non comporti Ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sostenute per l'applicazione di Ingessatura, immobilizzazione di arti, nonché per accertamenti diagnostici, assistenza medica e medicinali, trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **con il massimo di 2.500,00 euro per evento.**

Articolo 33

Spese per il rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, avvenuto durante il Ricovero per evento indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia **rimborsa le spese sostenute per il**

rimpatrio della salma sino alla concorrenza di 3.000,00 euro, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo.

Condizioni particolari

Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", forma "B" e forma "C"

Articolo 34

Convalescenza

In caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura a seguito di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia corrisponde una indennità giornaliera di 30 euro, **sino a un massimo di giorni pari a quelli del Ricovero e comunque non oltre i 30 gg.**

La Convalescenza deve essere prescritta dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.

Articolo 35

Copertura gratuita per i neonati

I neonati nel periodo di validità della Polizza sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e **sino alle ore 24 del 60° giorno successivo.** A parziale deroga dell'art. 19 lettera b) sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

La copertura assicurativa **non vale per la prima visita pediatrica e per la cura dell'ittero emolitico.**

Articolo 36

Eventi naturali all'estero

A parziale deroga dell'art. 19 lettera l), la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Articolo 37

Rischio guerra all'estero

A parziale deroga dell'art. 19 lettera l), la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Garanzie aggiuntive

(operanti solo se espressamente richiamate sulla scheda di Polizza)

Complementare sanitaria

1) **visite specialistiche e accertamenti diagnostici non connessi a Ricovero**

L'Assicurazione si intende prestata per:

- onorari medici per visite specialistiche, **esclusi quelli per le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche;**
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio.

La presente garanzia aggiuntiva si intende prestata **fino alla concorrenza di 1.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun Assicurato, con applicazione di **uno Scoperto del 20%** e con il **minimo non indennizzabile di 50 euro per Sinistro.**

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

2) Prestazioni specialistiche di alta diagnostica

L'Assicurazione si intende prestata per le seguenti prestazioni specialistiche extraospedaliere:

artografia e artografia digitale - angiografia - broncoscopia - coronografia - dialisi - doppler ed ecodoppler - ecografia - elettrocardiografia - elettroencefalografia - ECG anche secondo Hotler - endoscopia - laserterapia (**esclusa la correzione della vista**) - litotripsia per calcolosi renale e colicistica -MOC - PET cerebrale - radionefrogramma - risonanza magnetica nucleare - scintigrafia - TAC - telecuore.

La presente garanzia aggiuntiva si intende prestata **fino alla concorrenza di 2.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun Assicurato, con applicazione di **uno Scoperto del 20%** e con il **minimo non indennizzabile di 50 euro per Sinistro.**

N.B. Le garanzie 1 e 2 possono operare congiuntamente; non è consentito assicurare persone diverse da quelle indicate sulla scheda di Polizza Sanitaria Aziende di riferimento.

Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare Sanitaria

I. Forma integrativa

L'Assicurazione si intende prestata a integrazione del Fondo di Assistenza indicato sulla scheda di Polizza e nei termini, limiti e condizioni della presente Polizza; in caso di non utilizzo delle relative prestazioni, le coperture della presente Polizza sono operanti **con uno Scoperto del 25% con il minimo di 60 euro**, quando:

- l'Assicurato non si sia rivolto agli Enti suddetti;
- l'Assicurato pur essendosi rivolto agli Enti suddetti, non abbia alcun Rimborso.

Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A"

II. Franchigia

Il Rimborso delle prestazioni elencate all'art. 14 verrà effettuato **previa applicazione di una Franchigia assoluta di 2.500,00 euro per ogni Sinistro da applicarsi sulle spese effettivamente sostenute**, sino a concorrenza del Massimale assicurato.

La Franchigia non sarà applicata sulla liquidazione della diaria sostitutiva prestata nei modi e termini di cui all'art. 26.

CASSA DI ASSISTENZA - Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare sanitaria

La presente Assicurazione viene stipulata dalla CASSA DI ASSISTENZA _____, alla quale la rispettabile Associata _____

ha aderito, allo scopo di provvedere, a favore dei propri dipendenti inquadrati e appartenenti alla categoria _____

indicati sulla scheda di Polizza, in adempimento degli obblighi ad essa derivanti, per Contratto o Accordo o Regolamento Aziendale, alle prestazioni assistenziali sanitarie previste dalla presente Polizza.

L'Assicurazione si intende operante sino al permanere del rapporto di lavoro con la Contraente/ Associata; allo scioglimento per qualsiasi causa di detto rapporto, la garanzia cesserà al termine della annualità assicurativa in corso.

In caso di sinistro

Prestazione sanitaria di ricovero in rete convenzionata NEWMED

Pagamento in forma diretta

La Compagnia, per il tramite della Customer Care Center di Newmed mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di convenzionamento diretto per ricoveri da effettuarsi presso Strutture Sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle Strutture Sanitarie convenzionate e/o dell'Equipe Medica convenzionata, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in Polizza come Franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di Polizza.

L'Assicurato per accedere al Circuito di Strutture Sanitarie Convenzionate con NEWMED è necessario segua la procedura di attivazione come di seguito illustrata:

1. Scelta della struttura sanitaria

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate Newmed. Tale informazione è facilmente reperibile consultando il sito www.newmed.net o contattando il Customer Care Center tramite il numero verde 800.91.62.65 (+39 0274204252 per chiamate dall'estero).

E' necessario, in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assicurato Zurich/Newmed,

2. Attivazione del servizio per prestazioni sanitarie di ricovero

La procedura di attivazione prevede che l'Assicurato abbia già scelto autonomamente la struttura ove effettuare la prestazione sanitaria e si sia accertato che la Struttura Sanitaria e / o l'équipe medica abbia aderito al circuito convenzionato (tramite la struttura stessa o il numero verde) e sia stato fissato un appuntamento (giorno ed ora).

In caso di prestazioni sanitarie di Ricovero (Ricovero ordinario con e senza Intervento chirurgico, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale) è **obbligatorio inviare** a mezzo fax, al numero 02.70047014, almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione sanitaria, **il Modulo di attivazione** (scaricabile dal sito www.newmed.net), compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di Malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

Il Customer Care Center comunicherà la conferma dell'avvenuta autorizzazione o l'impossibilità ad autorizzare l'Inabilità temporanea diretta.

La non applicazione dell'Inabilità temporanea diretta sarà confermata successivamente anche da lettera inviata al Cliente. Ogni mese, inoltre, Newmed comunicherà alla direzione i nominativi degli assicurati che non ne hanno potuto beneficiare.

Il Personale del Customer Care Center di Newmed è a completa disposizione degli Assicurati per evadere le loro richieste di prenotazione di prestazioni extraospedaliere previste dalla Polizza, a condizione che l'importo richiesto sia pari o superiore a euro 1.000,00 (dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 – sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00, telefonando al seguente numero: numero verde 800.91.62.65 (+39 02 74204252 per chiamate dall'estero).

La Compagnia, per il tramite della Società di Servizi Newmed, provvederà direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di Polizza ed entro il limite del Massimale disponibile, al pagamento alle Strutture Sanitarie convenzionate e all'Equipe Medica convenzionate delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto dal contratto stesso come Franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il Massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale Franchigia.

Richiesta prestazione diretta in network

Modulo da inoltrare via fax per richiedere il pagamento diretto da parte dall'Assicurazione in caso di prestazione ospedaliera, post Ricovero o dentaria in Network o per segnalare la stessa in caso di prestazione fuori Network.

A: Spett.le Newmed S.p.A. C.so Indipendenza,6 20129 Milano Fax n° 02 / 70057991	Da: Sig/Sig.ra _____ Telefono _____ Fax _____
---	--

Richiesta prestazione: in network fuori network in network integrativa ad altro ente

- Ospedaliera
 Post Ricovero (Ricovero avvenuto dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____)
 Dentaria
 Extraospedaliera (come da regolamento contratto)

Preventivo di spesa euro: _____
 Assistito: _____ Codice Fiscale: _____

Azienda di appartenenza: _____ matricola aziendale: _____

L'Assistito/a: _____ con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura: SI NO e/o dall'équipe medica e/o professionista medico: SI NO convenzionati con Newmed S.p.A., nel rispetto delle condizioni previste dalla copertura assicurativa.

In caso di utilizzo di équipe medica e/o professionista medico non convenzionati è necessario allegare al fax il preventivo di spesa.

N.B.: Nel caso in cui la copertura operi ad integrazione di quanto erogato da altro Ente (FASI, FASDAC, etc.), la procedura di Inabilità temporanea diretta è applicabile solo se la struttura è convenzionata sia con Newmed che con l'Ente stesso e limitatamente alla parte da questo non coperta.

Nome Struttura: _____ Convenzionato: SI NO

Nominativo del medico: _____ Convenzionato: SI NO

Patologia (ove richiesta): _____
 (come da certificato medico allegato alla presente)

In caso di Ricovero:

Data prevista di ingresso: ____ / ____ / ____

Tipo di Ricovero: _____
 (con o senza intervento, Intervento ambulatoriale, ecc.)

In caso di post Ricovero, extraospedaliera, dentarie:

Tipo di prestazione: _____

Specializzazione del professionista medico: _____

- Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nelle convenzioni assicurative:
- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nelle convenzioni;
 - autorizza la Compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico;
 - si impegna a pagare alla struttura tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalle convenzioni ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico;
 - si impegna a rimborsare a posteriori alla Compagnia assicuratrice, con tramite Newmed, le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture ed a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Luogo e data _____ Firma dell'assistito per accettazione _____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. Del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCOSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Newmed S.p.A. , strutture sanitarie, assicuratore e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____ Firma per il consenso del richiedente la prestazione _____



da inoltrare a: NEWMED S.p.A.
C.so Indipendenza n. 6 - 20129 MILANO

Modulo denuncia sinistro e richiesta rimborso spese mediche

Azienda Aderente: _____
 Cognome/Nome del Titolare della copertura: _____
 Codice Fiscale: _____ Matricola Aziendale: _____
 Recapito telefonico: _____ E-mail: _____
 Cognome e Nome del Familiare per il quale si richiede il Rimborso: _____
 Codice Fiscale: _____
 Presenza di altra copertura per il coniuge non fiscalmente a carico: SI NO

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Newmed S.p.A., strutture sanitarie, medici professionisti, assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____ Firma per il consenso del richiedente la prestazione _____

Prestazioni di cui si richiede il rimborso

In caso di documentazione relativa al RICOVERO (Intervento ambulatoriale, Day Hospital, Parto, ecc.), compilare i seguenti campi:
 Periodo degenza: dal ____/____/____ al ____/____/____ con intervento senza intervento
 Fatture relative a: pre Ricovero Ricovero post Ricovero

Allegati: notule / fatture / documentazione

Fatture / Notule				Ulteriore documentazione
Data	Numero	Emessa da	Importo	
				<input type="checkbox"/> Cartella Clinica
				<input type="checkbox"/> Certificati medici
				<input type="checkbox"/> Altro:

Coordinate bancarie del Titolare del conto in formato IBAN:
 Titolare del conto corrente: _____
 Banca d'appoggio: _____ Filiale: _____

 Paese CinEuro Cin Abi Cab N° Conto

E' obbligatorio, ai fini del Rimborso, indicare il codice fiscale del titolare e del familiare per cui si richiede il Rimborso e le coordinate bancarie in formato IBAN.

Luogo e data _____ Firma dell'assistito per accettazione _____



Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) al n. I.00066 in data 3/1/08 - C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

