



Tutela persona

Per la famiglia

Ricovero Multiconfort

l'arte di assicurare

nationale
SUISSE

pagina bianca

PRESENTAZIONE

Lo stato di salute è uno dei fattori che più influenzano la vita quotidiana e, sovente, comporta oneri economici anche rilevanti. Con la polizza "RICOVERO MULTICONFORT" viene corrisposta una indennità giornaliera in caso di ricovero, anche in regime di day hospital, convalescenza, immobilizzazione per infortunio e parto per avere una sicurezza in più sotto il profilo economico. È inoltre possibile ampliare l'assicurazione all'assistenza infermieristica e di un accompagnatore.

"RICOVERO MULTICONFORT" è un atto previdenziale importante che può essere esteso alla tutela dell'intero nucleo familiare: quando si è malati o convalescenti, meglio affrontare solo il problema di guarire, senza avere altro assillo a cui pensare.

La polizza è costituita da:

- il presente fascicolo - modello A910 - riportante le Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione;
- la Scheda di Polizza - modello A911 - "Family" o A912 "Individual" (in funzione della formula di assicurazione prescelta) – riportante i dati amministrativi e tecnici della polizza;
- il questionario sanitario - modello A913 - la cui compilazione, ove richiesta, è necessaria per la descrizione dello stato di salute.

Al fine di dar loro risalto, sono evidenziate in grigio, per effetto di quanto disposto dal secondo comma dell'art.166 del decreto legislativo 7/9/2005 n.209, quelle Condizioni Generali di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Di seguito si riporta, per facilità di lettura, il contenuto delle norme che regolano la polizza:

INDICE DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE:

- Definizioni..... pag. 2
- Norme che regolano l'assicurazione in generale
 - Diritti e doveri delle Parti..... pag. 3
 - Disposizioni varie..... pag. 4
- Norme che regolano l'assicurazione Indennità giornaliera
 - Oggetto e delimitazione del rischio..... pag. 5
- Norme che regolano i sinistri
 - Diritti e doveri delle Parti pag. 7
- Condizioni Particolari.....pag. 9

Copia conforme al modello A910 edizione 10/2002, depositato agli atti del Notaio Cesare Bignami di Milano con verbale in data 9 ottobre 2002 repertorio n. 86269, raccolta n. 23118.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, riportati nel testo contrattuale in carattere corsivo, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- per **"Assicurato"**:
la persona il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*;
- per **"Assicurazione"**:
il contratto mediante il quale la *Società*, dietro pagamento da parte del *Contraente* del *premio* pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'*Assicurato*, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un *sinistro*;
- per **"Contraente"**:
il soggetto che stipula l'*assicurazione*;
- per **"Day hospital"**:
la degenza esclusivamente diurna in *istituto di cura* documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'*Assicurato* nell'*istituto di cura* - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportano la necessità di un *ricovero*, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continuo;
- per **"Difetto fisico"**:
l'alterazione organica acquisita evidente o clinicamente diagnosticata;
- per **"Immobilizzazione per infortunio"**:
l'immobilizzazione dovuta all'applicazione di mezzi di contenzione inamovibili costituiti da fasce gessate od altri mezzi comunque immobilizzanti, fissi e rigidi per prescrizione medica, applicati durante il *ricovero*, atti a favorire il processo di guarigione di fratture ossee e/o distorsioni capsulo legamentose causate da *infortunio*;
- per **"Indennizzo"**:
la somma dovuta dalla *Società* all'*Assicurato* in caso di *sinistro*;
- per **"Infortunio"**:
l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- per **"Istituto di Cura"**:
l'ospedale, la clinica universitaria, la casa di cura, l'istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed ai ricoveri. Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di riabilitazione, le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche e le case di riposo;
- per **"Malattia"**:
ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad *infortunio*;
- per **"Malformazione"**:
la patologia clinicamente diagnosticata di origine congenita;
- per **"Nucleo familiare"**:
il *Contraente* e le persone con lui iscritte nello stesso certificato di "Stato di famiglia";
- per **"Polizza"**:
il documento che prova l'*assicurazione*;

- per **“Premio”**:
la somma dovuta dal *Contraente* alla *Società* per l'*assicurazione*;
- per **“Questionario sanitario”**:
il documento che descrive lo stato di salute dell'*Assicurato* e che forma parte integrante della *polizza*;
- per **“Ricovero”**:
la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in *istituto di cura*;
- per **“Rischio”**:
la possibilità che si verifichi il *sinistro*;
- per **“Sinistro”**:
il verificarsi del *ricovero* o della degenza in *day hospital* a seguito di *infortunio* o *malattia* nonché del *ricovero* per parto. I *ricoveri* e le degenze in *day hospital* dovuti ad una medesima causa si considerano a tutti gli effetti un unico *sinistro*;
- per **“Società”**:
l'impresa assicuratrice, ovvero la *NATIONALE SUISSE Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A.*

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art.2 - Stato di salute e relative dichiarazioni

L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni del *Contraente*, fondamentali per la valutazione ed accettazione del *rischio* da parte della *Società* e la cui veridicità è alla base della validità della *polizza*, che l'*Assicurato*:

- a) non ha sofferto, nei cinque anni precedenti la stipulazione della *polizza*, e non soffre di *malattie* diagnostiche o curate che abbiano richiesto accertamenti strumentali;
- b) non ha subito, nei tre anni precedenti la stipulazione della *polizza*, *infortuni* dai quali siano residuati postumi invalidanti;
- c) non ha in corso terapie farmacologiche a carattere continuativo;
- d) non è stato ricoverato in *istituti di cura* per *malattie* e/o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, parto cesareo;
- e) non ha subito interventi chirurgici ambulatoriali che abbiano comportato esame istologico;
- f) non è affetto da *difetti fisici* o *malformazioni*.

Pertanto, in caso contrario, fermo restando quanto disposto dall'articolo 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio), l'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni rese dal *Contraente* e dall'*Assicurato* nel *questionario sanitario* che forma parte integrante della *polizza*. Il *Contraente* e l'*Assicurato* riconoscono che le risposte rese nel *questionario sanitario* rappresentano notizie e dati fondamentali per la valutazione ed accettazione del *rischio* da parte della *Società* e che quindi la loro veridicità sta alla base della validità della *polizza*.

Art.3 - Altre assicurazioni

L'*Assicurato* od il *Contraente* deve comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e la successiva stipulazione di altre *assicurazioni*, da chiunque stipulate, per il medesimo *rischio*.

La *Società*, in caso di dolosa omissione di tale comunicazione, non è tenuta a corrispondere l'*indennizzo*.

In caso di *sinistro* l'*Assicurato* od il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.4 - Pagamento del premio

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

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

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della *Società* al pagamento dei *premi* scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

Fermo restando quanto sopra previsto, la garanzia decorre secondo i termini disposti dall'art.20 (Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In caso di pagamento del *premio* oltre 90 (novanta) giorni dalla scadenza, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti dall'art.20 (Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il *premio* è sempre determinato per periodi di *assicurazione* di un anno, salvo il caso di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due rate.

Art.5 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.6 - Aggravamento del rischio

Salvo quanto previsto dall'art.23 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione, non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'*Assicurato* nel corso dell'*assicurazione*, quanto disposto dall'art.1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del *rischio*.

Art.7 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

DISPOSIZIONI VARIE

Art.8 - Oneri fiscali

Sono a carico del *Contraente*, secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione*.

Art.9 - Assicurazione per conto altrui

Se la *polizza* è stipulata anche per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla *polizza* stessa devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

Art.10 - Rinvio alle norme di legge

L'*assicurazione* è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dalla *polizza*, valgono le norme di legge.

Art.11 - Indicizzazione (da ritenersi operativo se è stato indicato il numero indice sul mod. A911 o A912)

Le somme assicurate, riportate sul mod. A911 o A912, ed il relativo *premio* sono soggetti ad aumenti in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'aumento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato sul modello A911 o A912, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di *premio* successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica la variazione.

Per le rate annuali successive si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice del mese di giugno utilizzato per l'adeguamento.

Le percentuali annuali di adeguamento non potranno comunque essere inferiori al 5% (cinque per cento) ove le variazioni, come calcolate ai commi precedenti, siano inferiori alla predetta percentuale.

Qualora, in conseguenza degli aumenti, le somme assicurate ed il *premio* vengono a superare il 50% (cinquanta per cento) degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle Parti rinunciare all'adeguamento della *polizza* e le somme assicurate ed il *premio* rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITÀ GIORNALIERA

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art.12 - Indennità giornaliera per ricovero

La *Società* corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di *ricovero* dell'*Assicurato* conseguente ad *infortunio*, *malattia*, parto cesareo od aborto terapeutico.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'*istituto di cura* sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del *ricovero* e della dimissione.

Art.13 - Indennità giornaliera per day hospital

La *Società* corrisponde un'indennità giornaliera di importo pari alla metà di quello assicurato per il *ricovero* per ciascun giorno di *day hospital* dell'*Assicurato* conseguente ad *infortunio* o *malattia* purché la degenza si protragga per almeno 2 (due) giorni consecutivi o 3 (tre) giorni anche non consecutivi.

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata.

Art.14 - Indennità giornaliera per convalescenza

La *Società*, esclusivamente a seguito di *ricovero* indennizzabile a termini di *polizza*, corrisponde un'indennità giornaliera per convalescenza, purché immediatamente successiva al ricovero stesso, di importo pari alla metà di quello assicurato per il *ricovero*, per un numero di giorni pari a quelli indennizzati per il *ricovero*, con il massimo di 15 (quindici) e comunque mai superiori a quelli prescritti.

La convalescenza deve essere prescritta da personale medico e provata da idonea certificazione medica.

Art.15 - Indennità giornaliera per immobilizzazione per infortunio

La *Società* corrisponde un'indennità giornaliera, di importo pari alla metà di quello assicurato per il *ricovero*, per *immobilizzazione per infortunio*, praticata durante il *ricovero* indennizzabile a termini di *polizza*, per un massimo di 45 (quarantacinque) giorni per *sinistro*.

L'indennità giornaliera per *immobilizzazione per infortunio* non viene riconosciuta per il periodo durante il quale viene corrisposta l'indennità giornaliera per *ricovero*, per *day hospital* e per convalescenza.

Art.16 - Indennità giornaliera per ricovero per parto senza taglio cesareo

La *Società* corrisponde un'indennità giornaliera di importo pari alla metà di quello assicurato per il *ricovero*, con il limite massimo di 5 (cinque) giorni, in caso di *ricovero* per parto senza taglio cesareo.

Art.17 - Sinistri causati da colpa grave

L'*assicurazione* è operante anche per i *sinistri* causati da colpa grave dell'*Assicurato*, del *Contraente* o di eventuali beneficiari dell'*indennizzo*.

Art.18 - Sinistri causati da tumulti popolari

L'*assicurazione* è operante anche per i *sinistri* causati da tumulti popolari ai quali l'*Assicurato* non abbia preso parte.

Art.19 - Persone e somme assicurate

Formula "Family"

L'*assicurazione* vale per il *nucleo familiare*, escluse comunque le persone non assicurabili in base agli articoli 22 (Limiti di età) e 23 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L'esborso massimo della *Società* per anno assicurativo, per uno o più *sinistri*, non potrà in ogni caso superare l'importo massimo indicato sul Modello A911.

L'indennità giornaliera per *ricovero* indicata sul Modello A911 costituisce la somma assicurata per l'intero *nucleo familiare*. La determinazione di quella assicurata per ogni componente del *nucleo familiare* si ottiene mediante ripartizione proporzionale della predetta somma in rapporto al numero di persone - escluse quelle

non assicurabili in base agli articoli 22 (Limiti di età) e 23 (Persone non assicurabili) delle Condizioni Generali di Assicurazione – risultanti dal certificato di “Stato di famiglia” alla data del *sinistro*.

Formula “Individual”

L'*assicurazione* vale per le persone e nei limiti delle somme assicurate indicate sul modello A912. Le indennità giornaliere per *ricovero* e per *day hospital* sono prestate ciascuna per massimo 360 (trecentosessanta) giorni per ogni *sinistro*.

Art.20 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli *infortuni*: dal momento in cui ha effetto l'*assicurazione*;
- b) per le *malattie*: dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- c) per le conseguenze di stati patologici noti al *Contraente* e/o all'*Assicurato*, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione dell'*assicurazione*, purché dichiarati alla *Società* all'atto stesso della stipulazione della *polizza* e salva diversa pattuizione: dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- d) per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione dell'*assicurazione*, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data: dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- e) per il parto senza taglio cesareo: dal 600° (seicentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- f) per il parto con taglio cesareo e per le *malattie* del puerperio: dal 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- g) per l'aborto terapeutico e per le *malattie* dipendenti da gravidanza: dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a tale data.

Qualora la *polizza* sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* riguardante lo stesso *Assicurato*, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la *polizza* sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente *polizza*, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

La disposizione di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni contrattuali intervenute nel corso della presente *polizza*.

Le disposizioni del presente articolo, qualora sia operante la formula “Family”, non valgono per gli *assicurati* di età inferiore ad un anno, purché la *polizza* sia stata in vigore almeno un anno per un loro genitore.

Art.21 - Rischi esclusi

L'*assicurazione* non è operante per il *ricovero*, il *day hospital* e l'*immobilizzazione per infortunio* relativi a:

- a) le conseguenze dirette di *infortuni* nonché di *malattie*, *malformazioni* e stati patologici, diagnosticate o curate, che abbiano richiesto accertamenti strumentali, anteriormente alla stipulazione della *polizza* sottoscritti alla *Società* dal *Contraente* e/o dall'*Assicurato* con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della *polizza*;
- b) l'eliminazione o correzione di *difetti fisici* preesistenti alla stipulazione della *polizza*;
- c) le cure delle *malattie* mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza ed il parto senza taglio cesareo salvo quanto previsto all'art.16 (Indennità giornaliera per ricoveri per parto senza taglio cesareo) delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- f) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche ed estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da *infortunio* o da interventi chirurgici demolitivi);
- g) le cure della sterilità ed impotenza;
- h) le cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo che si tratti di cure rese necessarie da *malattie* neoplastiche o da *infortuni*;
- i) le conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- j) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

k) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.), salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso dell'*assicurazione*, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della *polizza*.

Art.22 - Limiti di età

Se la *Società* non è a conoscenza dell'età dell'*Assicurato*, in quanto non indicata in *polizza* o in eventuali atti di variazione successivi, l'*assicurazione* cessa alla scadenza annuale del *premio* successiva al compimento del 70° (settantesimo) anno di età dell'*Assicurato*.

L'eventuale incasso dei *premi*, scaduti successivamente, da parte della *Società*, dà diritto al *Contraente* di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Tuttavia, poiché per la *polizza* stipulata nella formula "Family" l'*assicurazione* è prestata per l'intero *nucleo familiare* indipendentemente dal numero dei suoi componenti, il *Contraente* può esercitare tale diritto solo nel caso in cui, per effetto di quanto disposto dal primo comma del presente articolo, non risulti più assicurata alcuna persona.

Art.23 - Persone non assicurabili

La *Società* presta l'*assicurazione* su dichiarazione del *Contraente* che l'*Assicurato* non è affetto da sieropositività HIV, alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive. La *Società*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* era affetto da sieropositività HIV, alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione* e pertanto resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della *polizza*, l'*assicurazione* stessa cessa contestualmente, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato*, a norma dell'art.1898 del Codice Civile, senza obbligo della *Società* di corrispondere l'*indennizzo*.

In caso di cessazione dell'*assicurazione* in corso, la *Società* mette a disposizione del *Contraente*, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione stessa, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della *polizza* ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art.24 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'*assicurazione* vale per il mondo intero.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art.25 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato e/o del Contraente

In caso di *sinistro*, l'*Assicurato* e/o il *Contraente* deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Società* entro 10 (dieci) giorni da quando ne ha avuto la possibilità, ai sensi dell'art.1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

La denuncia del *sinistro* deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da certificazione medica contenente la diagnosi; in caso di *infortunio* in denuncia deve essere indicato il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento.

L'*Assicurato* deve consentire alla *Società* le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Per la *polizza* stipulata nella formula "Family", deve essere inoltre prodotto il certificato di "Stato di famiglia" riportante la composizione del *nucleo familiare* alla data del *sinistro*.

Art.26 - Criteri di liquidazione dell'indennizzo

La *Società* corrisponde l'*indennizzo* al termine del *ricovero*, del *day hospital*, della convalescenza o della *immobilizzazione per infortunio*, su presentazione della documentazione medica necessaria alla liquidazione.

Art.27 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del *sinistro*, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'*indennizzo*, a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza*, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di 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 fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art.28 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La *Società* rinuncia, a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide esclusivamente se richiamate sul modello A911 o A912)

A) Deroga al patto di tacita proroga

A deroga dell'art.7 (Proroga dell'assicurazione) delle Condizioni Generali di Assicurazione la *polizza* cesserà alla sua scadenza convenuta senza obbligo di disdetta.

B) Rescindibilità annuale

Sebbene la presente *polizza* sia emessa con durata pluriennale, è in facoltà delle Parti di rescinderla allo spirare di ogni anno assicurativo mediante preavviso da darsi con lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della rata annuale di *premio*.

C) Assistenza infermieristica domiciliare

La *Società*, solo a seguito di *ricovero* indennizzabile a termini di *polizza*, corrisponde, per ciascun giorno in cui l'*Assicurato* usufruisca di assistenza infermieristica domiciliare prestata da personale abilitato, un'indennità giornaliera di importo pari alla metà di quello assicurato per il *ricovero*, ma per la durata massima di 30 (trenta) giorni successivi alla data di dimissione dell'*istituto di cura*. Per più *sinistri* verificatisi in uno stesso periodo annuo di *assicurazione* la durata massima indennizzabile è di 90 (novanta) giorni. L'*assicurazione*, per le *malattie* croniche insorte dopo la stipulazione della *polizza*, è prestata, per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi di tale patologia, fino ad un massimo di 15 (quindici) giorni.

D) Indennità giornaliera accompagnatore

La *Società*, solo a seguito di *ricovero* indennizzabile a termini di *polizza*, corrisponde per la durata massima di 30 (trenta) giorni un'indennità giornaliera di importo pari alla metà di quello assicurato per il *ricovero*, per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*istituto di cura*. Per più *sinistri* verificatisi in uno stesso periodo annuo di *assicurazione* la durata massima indennizzabile è di 90 (novanta) giorni. L'*assicurazione*, per le *malattie* croniche insorte dopo la stipulazione della *polizza*, è prestata, per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi di tale patologia, fino ad un massimo di 15 (quindici) giorni.

E) Limitazione di garanzia

L'*assicurazione* di cui agli articoli 14 (Indennità giornaliera per convalescenza) e 15 (Indennità giornaliera per immobilizzazione per infortunio) delle Condizioni Generali di Assicurazione si intendono non operanti.

F) Maggiorazione indennità giornaliera per ricovero

Qualora il periodo di *ricovero* in *istituto di cura* conseguente ad uno stesso sinistro dovesse prolungarsi nel tempo, l'importo assicurato dell'indennità giornaliera per *ricovero* sarà così maggiorato:

- del 50% (cinquanta procento) a decorrere dal 31° (trentunesimo) e fino al 90° (novantesimo) giorno di *ricovero*;
- del 100% (cento procento) a decorrere dal 91° (novantunesimo) giorno in poi.

Tali maggiorazioni non vengono mai considerate ai fini della determinazione delle altre indennità assicurate.

pagina bianca

pagina bianca

pagina bianca

pagina bianca



Sede Legale e
Direzione Generale in Italia
Via XXV Aprile
20097 San Donato Milanese (MI)
Tel. 02 51 60 31 - Fax 02 51 46 34
info@nationalesuisse.it
www.nationalesuisse.it

Nationale Suisse
Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A.
Soggetta alla attività di direzione e coordinamento da parte della
Compagnia di Assicurazioni "Nazionale Svizzera" di Basilea
Capitale Sociale 12.000.000 Euro interamente versato
Reg. Imp. di Milano n. 112124 - C.C.I.A.A. Milano 585006
Partita Iva e Codice Fiscale n° 01851070159
Imp. aut. all'esercizio Assic. con D.M. 6-10-72 (G.U. 20-10-72 n. 274)
Compagnia con sistema di management certificato