

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SANITARIA

SANICARD RINNOVO GARANTITO



Il presente Fascicolo informativo, contenente:
a) Nota informativa, comprensiva del glossario;
b) Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

FONDIARIA-SAI S.p.A.

Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 TORINO - www.fonditaria-sai.it

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

NOTA INFORMATIVA (ed. 12/2010)
Prodotto Sanicard Rinnovo Garantito

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010)

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

FONDIARIA-SAI S.p.A., società per azioni di diritto italiano, è la società capogruppo del Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030).

Sede Legale e Direzione in Torino (Italia): 10126 - Corso Galileo Galilei, 12; tel. (+39) 0116657111.

Direzione di Firenze: 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1; tel. (+39) 05547941.

Sito Internet: www.fondiarria-sai.it.

Email: fondiarria-sai@fondiarria-sai.it

La società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base al D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; è iscritta alla sez. I dell'Albo delle imprese di assicurazione presso l'Isvap al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

In base all'ultimo bilancio approvato il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 2.526.281.767, con capitale sociale pari ad € 167.043.712 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.359.238.055.

L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 287,6%.

Gli eventuali aggiornamenti, non derivanti da innovazioni normative, alle informazioni contenute nella presente Nota sono pubblicati sul sito della società www.fondiarria-sai.it.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

GLOSSARIO

Le definizioni di cui al presente Glossario riprendono quelle contenute nelle condizioni di assicurazione:

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Carta Sanitaria

Documento personale che identifica l'Assicurato nel momento di accesso ai Centri Sanitari Convenzionati e riporta i numeri telefonici utili per usufruire dell'assicurazione.

Centrali Operative

1) Per l'assicurazione "Malattia":

struttura di Sistemi Sanitari S.c. a r.l. che, durante il normale orario di ufficio (Mittel-Europeo), per conto della Società, gestisce i servizi relativi all'assicurazione "Malattia".

2) Per l'assicurazione "Assistenza":

struttura di Pronto Assistance Servizi S.p.A., costituita da Medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che per conto della Società provvede ad erogare le prestazioni dell'assicurazione "Assistenza".

Centri Sanitari Convenzionati

Strutture sanitarie (Ospedali, Cliniche, Ambulatori Medici, Centri diagnostici) convenzionate con la Società tramite Sistemi Sanitari S.c. a r.l. in Italia e all'Estero, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di Polizza.

Condizioni Patologiche Preesistenti

Qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente alla data di validità della presente Polizza di assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.

Day Hospital

La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano:

- riferite a terapie (**con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva**);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate.

Documentazione Sanitaria

Copia conforme della cartella clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, di ogni altro esame e della documentazione di spesa (compresi, per i Farmaci, gli specifici tagliandi della confezione).

Emergenza

Una situazione patologica insorta improvvisamente, per Malattia o Infortunio, che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica immediata e non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

Equipe medica convenzionata

Medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o Medici e paramedici partecipanti allo stesso Intervento chirurgico, convenzionati con la Società in Italia e all'Estero, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di Polizza.

Farmaco

Sostanza terapeutica inserita nella Farmacopea Ufficiale. **Sono esclusi i medicinali omeopatici.**

Formula

Tipo di garanzia scelta dal Contraente e indicata nella scheda di Polizza.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in importo, che rimane a carico dell'Assicurato.

Grande intervento chirurgico

Gli interventi elencati nella specifica sezione del presente libretto delle condizioni contrattuali.

Indennizzo/Rimborso

La somma dovuta dalla Società a termini di Polizza in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

L'insieme degli atti operatori (compresa la riduzione di fratture) finalizzati a risolvere una situazione patologica conseguente a Malattia o Infortunio.

Istituto di cura

L'Ospedale pubblico, la Clinica o la Casa di Cura privata regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, **esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo, alberghi od istituti per il recupero o mantenimento della forma fisica, cliniche del "benessere"**.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimali

Somme massime che l'assicuratore è tenuto a pagare per Assicurato, per Sinistro e per anno assicurativo.

Medico

Professionista laureato in medicina e chirurgia e abilitato all'esercizio della professione conformemente con quanto previsto dalle normative vigenti dello Stato ove ha luogo la prestazione sanitaria.

Nucleo familiare

Persone che compongono la famiglia del Contraente, anche se non a carico, purchè conviventi e identificate in Polizza nella voce "Persone assicurate".

Pagamento diretto

Il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato (così esonerato al rispettivo anticipo), effettua nei confronti del Centro Sanitario Convenzionato e dell'Equipe Medica Convenzionata per le prestazioni previste.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario sanitario

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.

Ricovero

La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto

di cura.

Scoperto

La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Per l'Assicurazione "Malattie":

per Sinistro si intende il Ricovero, il Day hospital, l'Intervento chirurgico senza Ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti dalle prestazioni assicurative.

Per data del Sinistro s'intende il primo giorno di Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.

Relativamente alla garanzia "Accertamenti diagnostici senza ricovero":

per Sinistro si intende il complesso degli accertamenti diagnostici relativi a Malattia o Infortunio ai quali l'Assicurato si sottopone nel corso di una annualità assicurativa.

Per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.

Società

L'impresa assicuratrice.

Il contratto viene offerto senza tacito rinnovo annuale.

AVVERTENZA: in proposito si rinvia a quanto previsto dall'art. 5.9 "Non tacita proroga" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto offre una copertura Sanitaria per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni mediche e di degenza dovute dall'Assicurato in caso di ricovero per Malattia o Infortunio, nonché l'erogazione di prestazioni di Assistenza in favore dell'Assicurato; le due coperture operano contemporaneamente e non sono sottoscrivibili in forma separata l'una dall'altra.

Il contratto obbliga la Società, secondo le ipotesi e alle condizioni previste in Polizza, a stipulare un nuovo contratto alla scadenza pattuita indipendentemente dallo stato di salute dell'Assicurato.

- Copertura Sanitaria:

Nei Centri Sanitari Convenzionati la Società paga direttamente le suddette spese in nome e per conto del Cliente ed il Massimale è illimitato; se l'Assicurato si rivolge a Centri non convenzionati **il Massimale è di Euro 150.000,00 per persona, per Sinistro e per anno assicurativo.**

La Polizza viene proposta in 4 formule a scelta dell'Assicurato, articolate come segue:

- **Completa:** nei Centri Sanitari Convenzionati è previsto il pagamento diretto ed integrale delle spese; nei Centri non convenzionati è previsto **il rimborso dell'80% delle spese sostenute, con uno Scoperto massimo a carico dell'Assicurato di Euro 6.000,00.**
- **In Convenzione:** nei Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata è previsto il pagamento diretto ed integrale delle spese; negli altri casi le spese sono rimborsate **fino al limite di Indennizzo previsto per ogni ricovero (come da tabella riportata in polizza).**
- **Franchigia:** nei Centri Sanitari Convenzionati è previsto il pagamento diretto delle spese, però **resta a carico dell'Assicurato una somma per ricovero fino a Euro 1.500,00;** nei Centri non convenzionati è previsto **il rimborso dell'80% delle spese sostenute, con uno Scoperto minimo pari a Euro 2.500,00 e massimo di Euro 6.000,00.**
- **Grandi Interventi:** la garanzia è prestata esclusivamente per Grandi Interventi Chirurgici (così come definiti nelle condizioni di polizza). Nei Centri Sanitari Convenzionati è previsto il pagamento diretto ed integrale delle spese; nei Centri non

convenzionati è previsto **il rimborso dell'80% delle spese sostenute, con uno Scoperto massimo a carico dell'Assicurato di Euro 6.000,00.**

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto ai capitoli "Formula COMPLETA A", "Formula IN CONVENZIONE B", "Formula FRANCHIGIA C" e "Formula GRANDI INTERVENTI D", a seconda della Formula scelta dall'Assicurato.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio sul funzionamento del rinnovo garantito alla scadenza si rinvia a quanto previsto agli artt. 2.4 "Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale" e 2.5 "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione".

- **Copertura Assistenza:**

Garantisce all'Assicurato a tutela della sua persona prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, l'invio di un'ambulanza, il trasferimento da e verso il centro di cura e varie altre) secondo quanto indicato al capitolo 6 "Servizio Assistenza" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'interno dei suddetti capitoli, nonché dei capitoli 2 "Oggetto dell'Assicurazione", 4 "Condizioni Generali di Assicurazione" e 5 "Norme che regolano l'Assicurazione in generale".

AVVERTENZA: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo, nonché Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile, con minimo e/o massimo in Euro) e Franchigie (esprese in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. La Franchigia prevista dalla polizza è "assoluta", cioè viene in ogni caso detratta dall'Indennizzo riconosciuto all'Assicurato.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto nelle condizioni di assicurazione all'interno dei suddetti capitoli e nella scheda di Polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione della Polizza.

Esempio di Scoperto con minimo e massimo in Euro (Formula Franchigia): spesa sanitaria in centro non convenzionato pari a Euro 10.000, rimborso 80% (quindi Scoperto 20%, minimo Euro 2.500 massimo Euro 6.000), Indennizzo corrisposto Euro 7.500; spesa sanitaria in centro non convenzionato pari a Euro 5.000, rimborso 80% (quindi Scoperto 20%, minimo Euro 2.500 massimo Euro 6.000), Indennizzo corrisposto Euro 2.500.

Esempio di Franchigia assoluta (Formula Franchigia): spesa sanitaria in centro convenzionato pari a Euro 10.000, Franchigia pari a Euro 1.500, Indennizzo corrisposto Euro 8.500.

Esempio di limite di Indennizzo: degenza a seguito di ricovero per Malattia o Infortunio pari a 150 giorni, diaria giornaliera pari a Euro 125, limite di Indennizzo pari a 100 giorni, Indennizzo corrisposto Euro 12.500 (100 giorni x 125).

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun indennizzo. La carenza varia a seconda della patologia denunciata dall'Assicurato. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 2.2 "Decorrenza della garanzia" delle condizioni di assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio

rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 5.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: è necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal Questionario sanitario, che forma parte integrante della Polizza.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contratto non prevede ipotesi di aggravamento o diminuzione del rischio, né variazioni nella professione dell'Assicurato.

In proposito si rinvia a quanto previsto dall'art. 5.6 "Aggravamento del Rischio" delle condizioni di assicurazione.

7. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale.

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

Il Premio può essere frazionato in rate semestrali (con aumento del 2% sul Premio annuo lordo). L'eventuale frazionamento è indicato nella scheda di Polizza.

AVVERTENZA: Qualora siano concedibili sconti di Premio sul singolo contratto l'intermediario illustra al Contraente le condizioni di applicabilità degli stessi.

Se la Polizza è stipulata con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in scheda di Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (art. 1899, 1° comm a, del codice civile).

8. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate

I Massimali, i limiti d'Indennizzo, la Diaria sostitutiva ed il Premio sono collegati all'"Indice Nazionale dei Servizi Sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'ISTAT. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 4.3 "Indicizzazione" delle condizioni di assicurazione.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: In caso di Sinistro le parti non possono recedere dal contratto, ai sensi dell'art. 5.7 "Non facoltà di recesso in caso di Sinistro". Resta fermo quanto previsto agli artt. 2.5 "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione" e 5.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle condizioni di assicurazione.

Se il contratto è stato stipulato con durata pluriennale il Contraente ha comunque facoltà di recedere, trascorsi cinque anni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (art. 1899, 1° comma, del codice civile).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo 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.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

11. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art. 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il rischio è ubicato in Italia.

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative

nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. Regime fiscale

Nel contratto si applicano sul Premio imponibile aliquote fiscali diversificate a seconda della garanzia pattuita nella misura prevista dalla normativa vigente e indicata nella scheda di Polizza.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA: per l'Assicurazione "Malattie" per data del Sinistro s'intende il primo giorno di Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.

Relativamente alla garanzia "Accertamenti diagnostici senza ricovero" per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.

Per la garanzia "Assistenza" il Sinistro si intende avvenuto al manifestarsi di una situazione di difficoltà a seguito di Infortunio/Malattia tra quelli previsti in Polizza.

Il Contraente/Assicurato deve dare avviso del Sinistro contattando la Centrale Operativa o, per le richieste di rimborso di spese sanitarie o di pagamento della diaria sostitutiva, compilando e inviando a Sistemi Sanitari s.c.r.l. l'apposito modulo di richiesta allegato alle condizioni contrattuali. L'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici necessari, nonché di fornire ogni informazione e Documentazione sanitaria. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto al capitolo 3 "Attivazione della garanzia Malattia" e all'art. 4.5 "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro" delle condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: Relativamente ai Sinistri del ramo Assistenza la gestione viene affidata dalla Società a Pronto Assistance Servizi s.c.r.l.. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura si rinvia a quanto previsto agli artt. 4.5 "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro" e 6.2 "Centrale operativa di Pronto Assistance Servizi" delle condizioni di assicurazione.

14. Assistenza diretta – Convenzioni

AVVERTENZA: il contratto prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di Centri sanitari e/o Equipe mediche convenzionati, con pagamento diretto delle spese da parte della Società; in caso contrario la Società rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato, entro i limiti indicati in Polizza. Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto ai capitoli "Formula COMPLETA A", "Formula IN CONVENZIONE B", "Formula FRANCHIGIA C" e "Formula GRANDI INTERVENTI D", a seconda della Formula scelta dall'Assicurato. Per l'attivazione della procedura di utilizzo delle prestazioni in regime di convenzione si rinvia a quanto illustrato al punto 13 "Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo" della presente Nota.

L'elenco aggiornato dei Centri sanitari e dei medici convenzionati è reperibile sul sito Internet della Società indicato al punto 1 "Informazioni generali" della presente Nota.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a:

Società: Fondiaria-Sai S.p.A.

Funzione: Relazioni Esterne e Comunicazione - Servizio Clienti

Indirizzo: Corso Galileo Galilei, 12 - 10126 Torino

Fax: (+39) 011-6533745

Email: servizio.reclami@fondiaria-sai.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di

riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331, corredando l'esposto con la copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo deve inoltre contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'ISVAP.

Fatta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti o, comunque, di adire l'Autorità Giudiziaria (in tal caso il reclamo esula dalla competenza dell'ISVAP), si ricorda che per eventuali reclami riguardanti la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante, avente domicilio in Italia, può presentare il reclamo all'ISVAP oppure direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito *internet*: <http://ec.europa.eu/internalmarket/financeservices-retail/finnet/index.en.htm> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

16. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'art. 5.6 "Controversie - Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

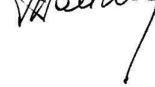
AVVERTENZA: resta ferma la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

FONDIARIA - SAI S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Fondiarja - SAI S.p.A.

Divisione Fondiarja



SANICARD RINNOVO GARANTITO - CONDIZIONI DI POLIZZA

SOMMARIO

1 Definizioni

Formula IN CONVENZIONE B

2 Oggetto dell'Assicurazione

- 2.1 Garanzie prestate
- 2.2 Decorrenza della garanzia
- 2.3 Delimitazioni ed esclusioni
- 2.4 Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale
- 2.5 Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'assicurazione

3 Attivazione della garanzia "Malattia"

- 3.1 Centrale operativa
- 3.2 Modalità di utilizzo della copertura
- 3.3 Richiesta di rimborso
- 3.4 Servizio di informazioni

4 Condizioni generali di assicurazione

- 4.1 Estensione territoriale
- 4.2 Controversie - Arbitrato irrituale
- 4.3 Indicizzazione
- 4.4 Obbligo di restituzione delle somme erogate per spese non rientranti nelle garanzie
- 4.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
- 4.6 Modifiche nei rapporti con i Centri Sanitari Convenzionati e con altri fornitori di Assistenza
- 4.7 Restituzione degli originali delle notule di spesa
- 4.8 Rinuncia dell'azione di rivalsa

5 Norme che regolano l'Assicurazione in generale

- 5.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- 5.2 Altre assicurazioni
- 5.3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- 5.4 Frazionamento del premio
- 5.5 Modifiche dell'assicurazione
- 5.6 Aggravamento del rischio
- 5.7 Non facoltà di recesso in caso di Sinistro
- 5.8 Periodo di assicurazione
- 5.9 Non tacita proroga
- 5.10 Oneri Fiscali
- 5.11 Rinvio alle norme di legge

6 Servizio Assistenza

- 6.1 Garanzie e servizi prestati
- 6.2 Centrale operativa di Pronto Assistance Servizi
- 6.3 Prestazioni
- 6.4 Delimitazioni ed esclusioni

Elenco dei grandi interventi chirurgici

Modulo Richiesta Rimborso Spese

1 Definizioni

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato	La persona per la quale è prestata l'assicurazione.
Carta Sanitaria	Documento personale che identifica l'Assicurato nel momento di accesso ai Centri Sanitari Convenzionati e riporta i numeri telefonici utili per usufruire dell'assicurazione.
Centrali Operative	<ol style="list-style-type: none"> 1) Per l'assicurazione "Malattia": struttura di Sistemi Sanitari S.c. a r.l. che, durante il normale orario di ufficio (Mittel-Europeo), per conto della Società, gestisce i servizi relativi all'assicurazione "Malattia". 2) Per l'assicurazione "Assistenza": struttura di Pronto Assistance Servizi S.p.A., costituita da Medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che per conto della Società provvede ad erogare le prestazioni dell'assicurazione "Assistenza".
Centri Sanitari Convenzionati	Strutture sanitarie (Ospedali, Cliniche, Ambulatori Medici, Centri diagnostici) convenzionate con la Società tramite Sistemi Sanitari S.c. a r.l. in Italia e all'Estero, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di Polizza.
Condizioni Patologiche Preesistenti	Qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente alla data di validità della presente Polizza di assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano: <ul style="list-style-type: none"> - riferite a terapie (<i>con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva</i>); - documentate da cartella clinica; - praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate
Documentazione Sanitaria	Copia conforme della cartella clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, di ogni altro esame e della documentazione di spesa (compresi, per i Farmaci, gli specifici tagliandi della confezione).
Emergenza	Una situazione patologica insorta improvvisamente, per Malattia o Infortunio, che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica immediata e non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.
Equipe medica convenzionata	Medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o Medici e paramedici partecipanti allo stesso Intervento chirurgico, convenzionati con la Società in Italia e all'Estero, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, <i>nei limiti di Polizza</i> .
Farmaco	Sostanza terapeutica inserita nella Farmacopea Ufficiale. <i>Sono esclusi i medicinali omeopatici.</i>
Formula	Tipo di garanzia scelta dal Contraente e indicata nella scheda di Polizza
Franchigia	La parte di danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in importo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Grande intervento chirurgico	Gli interventi elencati nella specifica sezione del presente libretto delle condizioni contrattuali.
Indennizzo/Rimborso	La somma dovuta dalla Società a termini di Polizza in caso di Sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico	L'insieme degli atti operatori (compresa la riduzione di fratture) finalizzati a risolvere una situazione patologica conseguente a Malattia o Infortunio.
Istituto di cura	L'Ospedale pubblico, la Clinica o la Casa di Cura privata regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, <i>esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo, alberghi od istituti per il recupero o mantenimento della forma fisica, cliniche del "benessere"</i> .
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Massimali	Somme massime che l'assicuratore è tenuto a pagare per Assicurato, per Sinistro e per anno assicurativo.
Medico	Professionista laureato in medicina e chirurgia e abilitato all'esercizio della professione conformemente con quanto previsto dalle normative vigenti dello Stato ove ha luogo la prestazione sanitaria.
Nucleo familiare	Persone che compongono la famiglia del Contraente, anche se non a carico, purchè conviventi e identificate in Polizza nella voce "Persone assicurate".
Pagamento diretto	Il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato (così esonerato al rispettivo anticipo), effettua nei confronti del Centro Sanitario Convenzionato e dell'Equipe Medica Convenzionata per le prestazioni previste.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Questionario sanitario	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.
Ricovero	La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.
Scoperto	La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Per l'Assicurazione "Malattie" Per Sinistro si intende il Ricovero, il Day hospital, l'Intervento chirurgico senza Ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti dalle prestazioni assicurative. Per data del Sinistro s'intende il primo giorno di Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero. Relativamente alla garanzia "Accertamenti diagnostici senza ricovero" Per Sinistro si intende il complesso degli accertamenti diagnostici relativi a Malattia o Infortunio ai quali l'Assicurato si sottopone nel corso di una annualità assicurativa. Per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.
Società	L'impresa assicuratrice.

Formula IN CONVENZIONE B

B.1 - GARANZIE PRESTATE

La Società, nei casi di:

- *Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia e/o Infortunio;*
- *Intervento chirurgico senza Ricovero, reso necessario da Malattia e/o Infortunio;*
- *Ricovero per aborto spontaneo o terapeutico; - Day hospital reso necessario da Malattia e/o Infortunio;*

assicura, secondo le modalità ed i limiti previsti dall'art. B.2 e fino alla concorrenza dell'importo convenuto nella scheda di Polizza *nel caso che l'Assicurato abbia utilizzato o meno Centri Sanitari Convenzionati, le seguenti* Spese riconosciute:

- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);*
- b) relative al periodo di Ricovero per assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, Farmaci ed esami purchè esclusivamente riferite alla causa del Ricovero ospedaliero;*
- c) per rette di degenza;*
- d) per il trasporto dell'Assicurato come previsto dall'Assicurazione "Assistenza". In caso di trasporto dell'Assicurato con autoambulanza o unità coronarica mobile, non gestito attraverso la garanzia "Assistenza", verranno rimborsate le spese sostenute nel limite di Euro 300,00 per Sinistro; limite elevato ad Euro 6.000,00 se il trasporto avviene in eliambulanza;*
- e) per rette di vitto e pernottamento in Istituto di cura di un eventuale accompagnatore dell'Assicurato;*
- f) per prestazioni sanitarie rese necessarie nell'eventualità in cui l'Assicurato necessiti di trapianto di organi. Nel caso in cui il trapianto venga effettuato da donatore vivente, le spese previste dal presente art. B.1, relative all'intervento di espianto, sono riconosciute anche al donatore;*
- g) per l'acquisto di apparecchi protesici, fino ad un massimo di Euro 3.000,00 per persona, nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia che abbia comportato perdite anatomiche o funzionali;*
- h) per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche fuori dall'ospedale o dalla casa di cura, nei 100 giorni precedenti al Ricovero (escluso il Day hospital) o all'Intervento chirurgico senza Ricovero;*
- i) semprechè relative alla causa che ha determinato il Sinistro, per esami clinici, per l'acquisto di Farmaci, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per cure termali escluse le spese di natura alberghiera, sostenute nei 100 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero (escluso il Day hospital) o dall'Intervento chirurgico senza Ricovero. Tale limite si intende elevato a 180 giorni in caso di cancro, leucemia, infarto miocardico acuto, Grande Intervento Chirurgico.*

GARANZIE SPECIALI

- 1) Accertamenti diagnostici senza ricovero

La Società, nel caso di Malattia (presunta o accertata) o di Infortunio, documentati da certificazione medica, assicura fino alla concorrenza del Massimale di Euro 5.000,00 per ogni Assicurato e per anno assicurativo, il pagamento delle spese per gli accertamenti diagnostici secondo le modalità previste dall'art.B.2 lettera e).

Sono escluse dalla presente garanzia le spese relative a:

- esami del sangue, delle urine e delle feci;
- mineralogia e densimetria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test;
- visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura.

Restano comunque operanti le garanzie previste dall'art. B.1, lettere h) e i).

L'assicurazione di cui alla presente garanzia speciale è operante esclusivamente in quanto l'Assicurato si sia rivolto, per ottenere le suddette prestazioni, a Centri Sanitari Convenzionati con la Società o con il Servizio Sanitario Nazionale o a Centri Sanitari esteri per situazioni di Emergenza.

- 2) Ricovero per parto

La Società, nel caso di Ricovero per parto, assicura fino alla concorrenza del massimale di:

- Euro 1.500,00 per ogni persona e per anno assicurativo, in caso di parto fisiologico
- Euro 4.000,00 per ogni persona e per anno assicurativo, in caso di parto cesareo

il pagamento delle spese sostenute esclusivamente per le prestazioni previste ai punti a), b), c), d), e) del precedente articolo B.1.

La presente garanzia non prevede il Pagamento diretto e pertanto è prestata esclusivamente a Rimborso. *In alternativa al Rimborso delle suddette spese e su richiesta dell'Assicurato la Società provvede a corrispondere la diaria sostitutiva nei limiti e per l'importo indicato al successivo punto 3) delle Garanzie Speciali.*

- 3) Diaria sostitutiva

La Società, in caso di Ricovero o Day-hospital resi necessari da Malattia e/o Infortunio, provvede a corrispondere all'Assicurato la diaria sostitutiva di Euro 125,00 per ogni giorno di Ricovero o di Euro 60,00 per ogni giorno di

Day-hospital, con un massimo di 100 giorni *per persona e per anno assicurativo, nel caso in cui l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste ai punti a), b), c), e) del precedente articolo B.1.*

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate complessivamente una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

La Diaria sostitutiva in questione non compete in relazione alla garanzia speciale Ricovero del neonato.

4) Prestazioni sanitarie sul nascituro

Qualora, durante il Ricovero della madre indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendessero necessarie prestazioni sanitarie effettuate sul nascituro per sospette o manifeste Malattie o malformazioni dello stesso, la Società assicura tali spese con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e semprechè per la stessa sia stato pagato il relativo Premio.

L'amniocentesi e la villocentesi devono intendersi escluse.

5) Ricovero del neonato

Qualora, a seguito di parto indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendesse necessario per il neonato nei primi due anni di vita un Ricovero per Malattia anche congenita e/o Infortunio, la Società assicura, con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e semprechè per la stessa sia stato pagato il relativo Premio nel corso del biennio, le spese conseguenti a tale Ricovero.

B.2 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

a) *In caso di Ricovero, Intervento chirurgico senza Ricovero e Day hospital, presso Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, la Società provvede a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati e all'Equipe Medica Convenzionata l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;*

b) *In caso di Ricovero, Intervento chirurgico senza Ricovero e Day hospital, presso Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non convenzionata con la Società, quest'ultima provvede a pagare direttamente le strutture sanitarie convenzionate ed a rimborsare all'Assicurato le spese da lui sostenute. Queste ultime nel limite della differenza tra l'importo previsto come limite di Indennizzo dall'art. B.3 e quanto corrisposto dalla Società alla struttura convenzionata;*

c) *In caso di Ricovero, Intervento chirurgico senza Ricovero e Day hospital presso Centri Sanitari ed Equipe Medica non convenzionati con la Società, quest'ultima provvede a rimborsare all'Assicurato le spese relative alle prestazioni ricevute, nei limiti di Indennizzo previsti dall'art. B.3. Le spese sostenute dall'Assicurato saranno invece rimborsate integralmente, qualora lo stesso debba ricorrere a Centri Sanitari non convenzionati per Emergenza o per particolari necessità: in quest'ultimo caso, esclusivamente tramite accordo preventivo con la Società. Relativamente all'Art. B.2 lettere b) e c) in caso di interventi concomitanti (si intendono per tali quelli che hanno le stesse vie di accesso operatorio) o contemporanei, il limite di Indennizzo per Ricoveri non in convenzione sarà ridefinito come somma dei seguenti valori:*

- 100% della voce di spesa indicata per l'intervento descritto nell'art. B.3 che preveda l'importo più elevato;
- 50% della voce di spesa indicata dall'art. B.3 per gli altri interventi concomitanti o contemporanei.

d) *Nel caso in cui l'Assicurato sostenga in proprio le spese garantite ai punti h) ed i) la Società provvede al loro rimborso integrale;*

e) *per quanto si riferisce alla garanzia speciale 1) "Accertamenti diagnostici senza ricovero" la Società provvede:*

- a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative all'assistenza ricevuta;
- a rimborsare gli eventuali tickets previsti dalla legge quando l'Assicurato sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- a rimborsare le spese sostenute all'estero dall'Assicurato per situazioni di Emergenza, anche in Centri Sanitari non convenzionati con la Società.

B.3 - LIMITI DI INDENNIZZO PER RICOVERI NON IN CONVENZIONE

Di seguito riportiamo i limiti di Indennizzo per ogni tipo di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, Intervento chirurgico senza Ricovero e Day hospital, in Centri sanitari non Convenzionati con la Società e/o con l'utilizzo di Equipe Medica non convenzionata con la Società.

I valori indicati per ogni voce si devono intendere onnicomprensivi, ossia riferiti all'insieme delle spese rimborsabili a termini di Polizza sostenute dall'Assicurato nell'ambito del Ricovero, dell'Intervento chirurgico anche senza Ricovero e del Day hospital (a titolo esemplificativo: compenso per i medici, retta di degenza, esami ed accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero, Farmaci, diritti di sala operatoria). Le spese sostenute relative alle prestazioni previste ai punti d), e), f), g), h), i) dell'articolo B.1, sono rimborsabili in eccedenza rispetto ai limiti di Indennizzo di seguito indicati, fermi il massimale indicato in scheda di Polizza e le condizioni.

<u>RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO E INTERVENTI CHIRURGICI SENZA RICOVERO</u>	<u>LIMITI DI INDENNIZZO</u> <u>(in euro)</u>
Adenoidectomia	2.600,00
Appendicectomia	3.700,00
Calcolosi renale o delle vie urinarie	4.200,00
Calcolosi epatica	5.200,00
Cataratta	5.200,00
Cisti benigne della mammella (asportazione di)	2.600,00
Cisti ovariche	6.200,00
Colecistectomia	6.200,00
Emorroidectomia	2.600,00
Erniectomia addominale	4.200,00
Erniectomia discale	8.300,00
Frattura arti (intervento chirurgico per riduzione di)	5.200,00
Isterectomia per fibroma	6.200,00
Laser chirurgia della cornea a scopo terapeutico (escluse finalità estetiche)	500,00
Legamenti del ginocchio (ricostruzione di) con meniscectomia	7.800,00
Legamenti del ginocchio (ricostruzione di)	6.200,00
Meniscectomia	5.200,00
Neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi)	1.100,00
Polipectomia intestinale endoscopica	2.600,00
Polipectomia dell'utero	2.100,00
Prostatectomia per adenoma	6.200,00
Settoplastica funzionale per ostruzione respiratoria	4.200,00
Tonsillectomia	2.600,00
Tonsillectomia (compresa adenoidectomia)	3.700,00
Varicectomia	2.600,00
Grandi Interventi chirurgici	150.000,00
Tutti gli altri interventi	5.000,00

<u>RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO E DAY HOSPITAL</u>	<u>SOMMA MASSIMA RIMBORSABILE</u> <u>(in euro)</u>
Con degenza sino a 3 giorni	2.100,00
Con degenza da 4 a 7 giorni	4.200,00
Con degenza da 8 a 15 giorni	5.200,00

2 Oggetto dell'Assicurazione

2.1 Garanzie prestate

La Società, dietro il pagamento del relativo Premio, presta le garanzie prescelte dal Contraente nella scheda di Polizza e descritte nella Formula prescelta.

2.2 Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre per:

- a) gli Infortuni, dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- b) le Malattie, *dal 30-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione*;
- c) l'aborto spontaneo e terapeutico e per le malattie dipendenti dalla gravidanza e per le prestazioni sanitarie sul nascituro, *dal 30-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, purchè la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data*;
- d) il parto, *dal 300-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione*.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione/rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori somme previste dal nuovo contratto. *La presente disposizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.*

2.3 Delimitazioni ed esclusioni

L'assicurazione "Malattia", fermo quanto previsto dalla Formula prescelta dal Contraente, non è comunque operante per:

- a) *gli Infortuni, le Malattie e le Condizioni patologiche preesistenti, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave, fermo quanto previsto dall'articolo 5.1;*
- b) *le Malattie in atto e conosciute, anche se dichiarate, al momento della stipulazione della Polizza, nonché le conseguenze di Infortuni verificatisi prima della data di stipula della Polizza. La presente esclusione non è operante per le Polizze emesse in fase di rinnovo garantito, relativamente a quelle patologie manifestatesi successivamente alla stipula della prima Polizza che prevedeva il rinnovo garantito;*
- c) *l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, intendendosi per tali un'anomalia di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione;*
- d) *gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;*
- e) *le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;*
- f) *gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;*
- g) *gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;*
- h) *gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;*
- i) *la diagnostica, la terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;*
- l) *la liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio, e di stomatologia ricostruttiva, compreso l'apparato dentario, solo se reso necessario da Infortunio documentato);*
- m) *le visite e terapie con finalità estetica nonché le diete aventi finalità estetica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale;*
- n) *i check-up di medicina preventiva;*
- o) *le prestazioni non effettuate da Medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni di legge vigenti;*
- p) *le cure dentarie ed ortodontiche e delle paradontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;*
- q) *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, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;*
- r) *le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.*

Nei confronti degli Assicurati che abbiano compiuto il 65-esimo di età la garanzia per le malattie croniche è prestata, per persona e ciascun anno assicurativo, fino ad un massimo di sessanta giorni di Ricovero, anche non consecutivi, compreso il Day hospital quando previsto dalla garanzia prescelta.

2.4 Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale

Premesso che il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua scadenza naturale, la Società, salvo quanto indicato all' art. 2.5, si obbliga, su richiesta del Contraente, a contrarre nuovamente l'assicurazione nella Formula originariamente prescelta. Le condizioni di Premio e normative saranno quelle vigenti al momento della nuova sottoscrizione per i prodotti del listino della Società per la Linea SANICARD RINNOVO GARANTITO o analoga Linea eventualmente commercializzata in sostituzione e comunque nella Formula originariamente prescelta, con le eventuali limitazioni di garanzia già in corso ma indipendentemente dalle eventuali modifiche delle condizioni sanitarie dell'Assicurato.

Il Contraente dovrà sottoscrivere il nuovo contratto o richiederne l'emissione per iscritto alla Società entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto originario.

2.5 Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'assicurazione

La Società non è obbligata a contrarre nuovamente l'assicurazione in caso di:

- a) ***mancato esercizio della facoltà di rinnovo da parte del Contraente entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;***
- b) ***richiesta del Contraente di non rinnovare l'assicurazione anche per una sola delle persone già assicurate, salvo il caso in cui l'assicurazione riguardi un Nucleo familiare e l'Assicurato per il quale si richiede la cessazione non ne faccia più parte. In tal caso, la Società è obbligata a contrarre anche con il predetto Assicurato se questo ne fa richiesta entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;***
- c) ***cessato esercizio del ramo malattie da parte della Società;***
- d) ***Sinistro verificatosi nei primi 2 anni decorrenti dalla data di effetto del contratto. In questo caso la Società dovrà comunicare, dopo la denuncia di Sinistro e fino al 60-esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, l'intenzione di non rinnovare il contratto mediante lettera raccomandata. In tal caso il Contraente potrà recedere dall'assicurazione relativamente alla sola persona sinistrata o all'intero contratto entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, e la Società provvederà alla restituzione della quota parte di Premio versato e non goduto al netto delle imposte. Qualora il contratto in questione sia stato emesso in sostituzione o in rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto denominato A RINNOVO GARANTITO per gli stessi Assicurati già presenti in garanzia con la stessa Formula, i termini per la determinazione del biennio decorrono dalla data di effetto del contratto originario.***
- e) ***compimento del 56° anno d'età dell'Assicurato. Nel caso in cui l'assicurazione riguardi una pluralità di Assicurati il rinnovo potrà essere richiesto per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il limite d'età sopra indicato.***

Le disposizioni di cui alla presente lettera non sono applicabili per il rinnovo di contratti Sanicard Rinnovo Garantito stipulati prima dell'aprile 2009; qualora si siano succeduti senza soluzione di continuità più contratti denominati RINNOVO GARANTITO, la data di stipula da prendere in considerazione è quella relativa al primo contratto sottoscritto.

3 Attivazione della garanzia "Malattia"

3.1 Centrale operativa

In caso di necessità la Centrale Operativa interviene su chiamata dell'Assicurato per gestire l'assicurazione "Malattia" e fornire i servizi a norma degli articoli previsti sul presente libretto e di quelli della Formula prescelta.

La Centrale è in funzione tutti i giorni lavorativi, nel normale orario d'ufficio (Mittel-Europeo), con le seguenti modalità:

a) *chiamate dall'Italia*

L'Assicurato dovrà utilizzare il

Numero Verde: 800-903063

Fax: 02-64028680

b) *chiamate dall'estero*

L'Assicurato da qualunque Paese estero dovrà utilizzare il seguente numero telefonico:

02-32983240

preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39).

3.2 Modalità di utilizzo della copertura

a) *Se l'Assicurato intende usufruire del Pagamento diretto in regime di convenzione sia del Centro Sanitario che dell'Equipe Medica, è tenuto a:*

- *ottenere la prescrizione medica relativa alla prestazione richiesta compilata dal Medico curante;*
- *telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa, almeno due giorni lavorativi prima (salvo il caso di urgenza) della data presunta di ingresso nel Centro Sanitario Convenzionato, per ottenere l'attivazione della garanzia*

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa - eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) - autorizzerà la prestazione. Al momento dell'accesso al Centro Convenzionato l'Assicurato deve esibire la Carta Sanitaria e consegnare l'originale della certificazione medica riportante la diagnosi. Al momento della dimissione l'Assicurato salda solo le spese non indennizzabili in base alle condizioni di Polizza e quelle non inerenti alle patologie per le quali sia stato concesso il benessere. La Società paga in nome e per conto dell'Assicurato le altre spese. Nel caso in cui la Centrale Operativa sulla base delle informazioni ricevute ritenga che la prestazione non sia Indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il rimborso alla Società, secondo le modalità indicate all'art.3.3. Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di Centri non Convenzionati).

b) *Se l'Assicurato intende usufruire del Pagamento diretto presso un Centro Sanitario Convenzionato con una Equipe Medica non convenzionata, si applica la procedura prevista dal precedente punto a), ad eccezione del fatto che l'Assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente le prestazioni sanitarie non convenzionate e inoltrare per le stesse richiesta di rimborso, secondo le modalità indicate all'art. 3.3.*

c) *Se l'Assicurato non intende avvalersi della rete convenzionata, a Ricovero ultimato deve inoltrare richiesta di rimborso secondo le modalità indicate all'art.3.3.*

3.3 Richiesta di rimborso

L'Assicurato per ottenere il rimborso - nei limiti della garanzia della Formula prescelta - delle seguenti spese sostenute se:

- *ha utilizzato Centri non Convenzionati;*
- *durante il Ricovero in un Centro Sanitario Convenzionato, ha fatto ricorso ad una Equipe Medica non convenzionata;*
- *ha sostenuto spese per prestazioni sanitarie precedenti o successive al Ricovero o Intervento chirurgico;*
- *ha sostenuto spese per parto;*

oppure per ottenere il pagamento della Diaria sostitutiva prevista nelle garanzie speciali della Formula prescelta, deve inoltrare a Prodotto "Sanicard"

Sistemi Sanitari S.c. a r.l.

Via Senigallia, 18/2

20161 MILANO

copia dell'apposito Modulo di richiesta di rimborso (riportato nella specifica sezione del presente libretto delle condizioni contrattuali) compilato in ogni sua parte, allegando la seguente documentazione in originale:

- *un certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia o Infortunio), la richiesta di visite, di esami diagnostici, di Ricovero o di intervento;*
- *la copia conforme all'originale della cartella clinica, i referti medici e ogni altra Documentazione sanitaria giustificativa;*

- *le fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate, nonchè i tagliandi per le spese farmaceutiche.*
Nel caso siano intervenuti Enti di assistenza sanitaria e/o altra Polizza di assicurazione privata, le notule di spesa devono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dall'Ente stesso e/o al documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra Polizza.

3.4 Servizio di informazioni

Contattando la Centrale Operativa l'Assicurato potrà ottenere informazioni relative:

- alla presente Polizza;
- alle modalità d'uso dei servizi;
- ad eventuali aggiornamenti sul convenzionamento di Centri Sanitari e Medici;
- all'individuazione delle più idonee strutture sanitarie in considerazione delle proprie esigenze;
- alle strutture sanitarie ed eventuali specializzazioni;
- ai consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- all'assistenza sanitaria all'estero e ai trattati di reciprocità.

4 Condizioni generali di assicurazione

4.1 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

4.2 Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro possono essere demandate per iscritto a due medici nominati uno per parte, i quali si riuniscono nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo. Se una parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta, ad istanza della parte più diligente, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (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 metà alle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazioni 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

4.3 Indicizzazione

I Massimali, i limiti d'Indennizzo, la Diaria sostitutiva ed il Premio sono collegati all'Indice Nazionale dei Servizi Sanitari e spese per la salute pubblicato dall'ISTAT, in conformità a quanto segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente a quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento o quello dell'ultimo adeguamento e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente a quello di detta scadenza; se si è verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento, i Massimali, i limiti d'Indennizzo, la Diaria sostitutiva ed il Premio vengono aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla data di scadenza della rata annua, previo rilascio all'Assicurato di quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

4.4 Obbligo di restituzione delle somme erogate per spese non rientranti nelle garanzie

La Società, nell'eventualità di pagamenti diretti in nome e per conto dell'Assicurato o di prestazioni di "Assistenza" che successivamente dovessero risultare non dovuti ai sensi di legge o del contratto, si riserva il diritto di rivalersi nei confronti del Contraente o dell'Assicurato medesimo per le spese sostenute. Il Contraente e l'Assicurato esplicitamente riconoscono il suddetto diritto e si obbligano a rimborsare quanto dovuto alla Società, anche in relazione a quanto riportato nel Modulo per l'utilizzo del convenzionamento sottoscritto all'atto del ricorso ai Centri Sanitari Convenzionati.

4.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Su richiesta della Società, di Sistemi Sanitari S.c. a r.l. o di Pronto Assistance Servizi, in caso di Sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici necessari. L'Assicurato ha l'obbligo inoltre, in qualunque momento, di fornire ogni informazione e produrre ogni Documentazione sanitaria; autorizza inoltre sia il Centro Sanitario Convenzionato che il personale medico a trasmettere a Sistemi Sanitari S.c. a r.l. tutta la Documentazione sanitaria inerente il Sinistro ed a fornire eventuali ulteriori informazioni inerenti il suo stato di salute.

4.6 Modifiche nei rapporti con i Centri Sanitari Convenzionati e con altri fornitori di Assistenza e Servizi

Eventuali modifiche o cessazioni dei rapporti tra la Società, Sistemi Sanitari S.c. a r.l., Pronto Assistance Servizi, Centri Sanitari Convenzionati e altri fornitori di Assistenze e Servizi, non potranno influire sulla validità ed efficacia della presente Polizza.

4.7 Restituzione degli originali delle notule di spesa

Gli originali delle notule di spesa consegnati a documentazione del Sinistro saranno restituiti all'Assicurato, previa apposizione dell'attestazione dell'avvenuto rimborso.

4.8 Rinuncia dell'azione di rivalsa

Quando il Sinistro sia stato indennizzato con la Diaria sostitutiva, la Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa verso i terzi responsabili.

5 Norme che regolano l'Assicurazione in generale

5.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del questionario sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso.

5.2 Altre assicurazioni

Il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di Sinistro l'Assicurato si assume l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

L'Assicurato che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'Indennizzo.

5.3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Fermi i termini di decorrenza della garanzia previsti dall'art. 2.2, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella 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 al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società.*** Se il Contraente o l'Assicurato non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15-esimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (articolo 1901 C.C.).

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

5.4 Frazionamento del premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo e impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'assicurazione riprende effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento delle rate di premio in arretrato.

5.5 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere documentate e provate per iscritto

5.6 Aggravamento del rischio

Non ha efficacia ai fini del presente contratto.

5.7 Non facoltà di recesso in caso di Sinistro

Le Parti non hanno la facoltà di disdettare la Polizza a seguito della denuncia di Sinistro, salvi i casi di dichiarazioni inesatte o di reticenze (art. 5.1). ***Resta fermo quanto previsto dall'art. 2.5 "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'assicurazione".***

5.8 Periodo di assicurazione

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

5.9 Non tacita proroga

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla scadenza.

5.10 Oneri fiscali

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

5.11 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

6 Servizio Assistenza

Nel testo che segue per Equipe medica si intende il gruppo di medici qualificati reperibili presso la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

6.1 Garanzie e servizi prestati

In base ad una convenzione stipulata fra la Società e Pronto Assistance Servizi, l'Assicurato può beneficiare delle prestazioni di cui all'art. 6.3, *entro i limiti di Polizza*, telefonando alla Centrale Operativa 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

6.2 Centrale operativa di Pronto Assistance Servizi

L'assistenza è materialmente erogata, per conto della Società, dalla Centrale Operativa di Pronto Assistance Servizi S.p.A., con sede legale in 10126 TORINO via Carlo Marengo, 25 e Sede Operativa in 10125 TORINO corso Massimo d'Azeglio 14, presso la quale opera la struttura organizzativa dell'assistenza disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

L'Assicurato per ottenere l'Assistenza dovrà telefonare SEMPRE PREVENTIVAMENTE alla Centrale Operativa.

a) chiamate dall'Italia

L'Assicurato dovrà utilizzare il seguente numero telefonico:

Numero Verde : 800 - 904871

b) chiamate dall'estero

L'Assicurato da qualunque Paese estero dovrà utilizzare il seguente numero telefonico:

011-6523200

preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39).

Il numero di fax della Centrale Operativa è 011-658652

Il telex è 225365 PAS TO I

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa i seguenti dati:

a) Codice di riconoscimento personale (034/687)

b) Numero di Polizza

c) Generalità dell'Assicurato ed eventuale suo indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono ecc.);

d) Tipologia del Sinistro e luogo di accadimento;

e) Eventuali dati relativi alla struttura sanitaria o al Medico che hanno preso in cura l'Assicurato dopo il Sinistro;

f) Tipo di intervento richiesto

6.3 Prestazioni

Invio di personale medico

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato e *nel caso che il medico abituale non sia reperibile*, l'Equipe medica della Centrale Operativa, dopo aver identificato i bisogni dell'Assicurato, qualora ne ravvisi la necessità, contatta e invia un Medico di sua fiducia sul luogo dell'assistenza. Se ciò non è possibile a causa di oggettive situazioni locali, l'Equipe medica della Centrale Operativa provvede ad organizzare un consulto medico presso la struttura ospedaliera o di cura più vicina al luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese.

Invio di un Medico specialista in pediatria

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato *minore di 14 anni e nel caso che il pediatra di fiducia non sia reperibile*, l'Equipe medica della Centrale Operativa, dopo aver identificato i bisogni dell'Assicurato, qualora ne ravvisi la necessità, contatta e invia un pediatra di sua fiducia sul luogo dell'assistenza.

Se ciò non è possibile a causa di oggettive situazioni locali, l'Equipe medica provvede ad organizzare un consulto medico presso la struttura ospedaliera o di cura più vicina al luogo dell'assistenza. La Società si fa carico delle relative spese.

Invio di un'ambulanza

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che rendano necessario il suo trasferimento in ospedale, qualora l'Equipe medica ne ravvisi la necessità, i Medici della Centrale Operativa provvedono a reperire ed inviare un'ambulanza sul luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese.

Trasferimento sanitario

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, l'Equipe medica della Centrale Operativa, valutate le condizioni cliniche dell'Assicurato anche mediante contatto con i Medici curanti in loco, potrà, qualora lo ritenga possibile e opportuno trasferire l'Assicurato:

- ad un Centro Ospedaliero idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso;
- dall'Estero, dove è ricoverato, ad un Centro Ospedaliero italiano;
- ad un Centro Ospedaliero più vicino al suo domicilio abituale;
- presso il suo domicilio abituale.

L'Equipe medica a proprio insindacabile giudizio, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato.

I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sanitario sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

Nel caso in cui il Paese di destinazione dell'Assicurato ponga restrizioni sanitarie che ne impediscano il rientro, l'Equipe medica della Centrale Operativa, di concerto con l'Assicurato o suoi familiari, dispone il trasferimento in un altro Paese che non ponga tali restrizioni, **entro i limiti di spesa che avrebbe sostenuto per il trasferimento al Paese originariamente previsto**. Nell'ulteriore eventualità che anche questo trasferimento non possa essere effettuato, la Società si fa carico dei costi di soggiorno in loco dell'Assicurato, successivo alle dimissioni ospedaliere, **fino ad un importo massimo pari alla spesa che la Società avrebbe sostenuto per il trasferimento nel Paese di destinazione originariamente previsto**.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica.

La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comporti la necessità di trasferimento in un centro ospedaliero specializzato in Italia o all'Estero, in quanto la patologia è ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, l'Equipe medica della Centrale Operativa, valutate le condizioni cliniche dell'Assicurato anche mediante contatto con i Medici curanti in loco, potrà, qualora lo ritenga possibile e opportuno trasferire l'Assicurato:

- ad un Centro Ospedaliero idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso.

L'Equipe medica a proprio insindacabile giudizio, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato.

I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sanitario sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica.

La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

Rientro all'abitazione dal luogo di cura

In caso di prestazioni già rese con la garanzia "Invio di un'Ambulanza", "Trasferimento Sanitario", "Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato" e sulla base degli accordi presi tra l'Equipe medica ed i medici curanti sul luogo dell'assistenza, i Medici della Centrale Operativa organizzano il rientro dell'Assicurato al domicilio abituale dell'Assicurato.

L'Equipe medica, a proprio insindacabile giudizio, tenuto conto del quadro clinico generale dell'Assicurato, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico eventualmente anche specializzato. I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

Medical second opinion (Secondo parere medico)

In caso di Infortunio o Malattia, qualora l'Assicurato desideri avere un secondo e qualificato parere medico circa una patologia già diagnosticata dal proprio Medico curante, l'Equipe medica della Centrale Operativa si impegna a:

- a) effettuare una prima valutazione del caso presentato dall'Assicurato;
- b) verificare con l'Assicurato che la copia della documentazione clinico/diagnostica in suo possesso sia completa;
- c) fornire i nomi delle strutture sanitarie che possono rilasciare un parere in relazione alla patologia segnalata.

La Società inoltre:

- a) indicherà quali altri documenti è necessario presentare per completare la documentazione clinico/diagnostica da produrre;
- b) fornirà via fax all'Assicurato il preventivo dei costi a suo carico.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di richiedere la "Medical second opinion", dovrà restituire all'Equipe medica (al fax verde n. 800-259507) il fax sottoscritto per accettazione del preventivo dei costi che rimangono a suo carico ed autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.LGS. del 30.06.2003 n. 196).

La mancata restituzione del preventivo sottoscritto per accettazione non consentirà l'erogazione della prestazione in oggetto.

La Società si fa carico dei seguenti costi:

- a) Spedizione al professionista della documentazione ricevuta dall'Assicurato;
- b) Traduzione della documentazione e la conversione informatica delle immagini per la successiva trasmissione al professionista incaricato;
- c) Traduzione della risposta del professionista;
- d) Restituzione di tutta la documentazione all'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i seguenti costi:

- **preparazione e fornitura di copia di tutta la documentazione clinico/diagnostica (inclusa quella per immagini) in suo possesso;**
- **spedizione della copia di documentazione clinico/diagnostica via corriere espresso all'Equipe medica della Centrale Operativa all'indirizzo fornito telefonicamente;**
- **costo della parcella del professionista chiamato a rilasciare la "Medical second opinion" e della struttura sanitaria alla quale egli fa capo (questi costi potranno successivamente essere rimborsati se rientranti nelle spese precedenti o successive al Ricovero nei termini della Formula prescelta);**
- **ogni eventuale costo derivante da richieste dell'Assicurato per ulteriori approfondimenti che si rendessero necessari a seguito del rilascio della "Medical second opinion" salvo un eventuale contatto telefonico dell'Equipe medica.**

La copia della documentazione prodotta dall'Assicurato viaggia a mezzo corriere espresso a totale rischio e pericolo dell'Assicurato e la Società non potrà in nessun caso essere ritenuta responsabile di eventuali mancate consegne all'indirizzo indicato.

Informazioni sanitarie

In caso di Infortunio, Malattia o necessità, l'Assicurato può telefonare all'Equipe medica della Centrale Operativa per avere consigli utili ed informazioni su:

- ubicazione e reperibilità di centri di pronto soccorso;
- medici generici o specialisti;
- disponibilità e ubicazione di centri di cura pubblici e privati;
- argomenti di carattere medico.

La Società si fa carico delle relative spese.

Linea diretta con l'ospedale

In caso di Infortunio, Malattia dell'Assicurato che comportino il Ricovero in ospedale, L'Equipe medica della Centrale Operativa è a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici del Centro di Cura.

La Società si fa carico delle relative spese.

Assistenza in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società provvede ad espletare tutte le formalità burocratiche e legali sul luogo dell'assistenza ed a disporre al trasferimento della salma alla località della sepoltura in Italia, in conformità con le norme internazionali.

La Società si fa carico delle relative spese comprese quelle del feretro. Se l'Assicurato ha espresso la volontà di essere inumato sul posto, la Società provvede a proprie spese.

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal domicilio abituale dell'Assicurato.

Il feretro fornito dalla Società sarà di tipo standard mentre **sono escluse e rimangono a totale carico degli eredi le spese relative alla cerimonia funebre.**

Invio di un interprete all'estero

In caso di Infortunio o Malattia che abbiano comportato il Ricovero in ospedale dell'Assicurato e qualora ci siano problemi

linguistici con i Medici curanti, la Società invia un interprete sul luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese entro i seguenti limiti:

- ore anche non consecutive di prestazione: 8;
- **fino ad un importo massimo per ciascun sinistro di euro 260,00.**

La garanzia è prestata all'Estero.

Viaggio di un familiare

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne comportino il Ricovero in ospedale per un periodo che i Medici curanti prevedono superiore a giorni 3, la Società organizza e provvede al viaggio di un familiare che desideri recarsi ad assisterlo. La Società, per il familiare che si trova in Italia, mette a disposizione un biglietto aereo di classe turistica o ferroviario di prima classe e si fa carico delle relative spese.

6.4 Delimitazioni ed esclusioni

Il Servizio Assistenza non è comunque operante per:

- a) gli Infortuni, le Malattie, le malformazioni e gli stati patologici, nonchè le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;*
- b) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;*
- c) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato. Sono compresi gli Infortuni cagionati da colpa grave;*
- d) gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;*
- e) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;*
- f) ricoveri per accertamenti diagnostici non resi necessari da Malattia o Infortunio (check-up);*
- g) 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, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;*
- h) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.*

Resta inoltre stabilito che:

- a) La Società non riconosce rimborsi nè indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Eccezionalmente il rimborso può essere riconosciuto entro i limiti previsti dalla polizza nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza. In quest'ultimo caso devono pervenire alla Società i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato.*
- b) La Società non riconosce rimborsi nè importi compensativi relativi a coperture della Società delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perchè non ne ha avuto la necessità.*
- c) La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato.*
- d) Resta esclusa ogni responsabilità della Società e/o Pronto Assistance Servizi derivante dall'operato degli eventuali professionisti incaricati.*
- e) Eventuali eccedenze di onorari dei professionisti intervenuti rispetto agli indennizzi a carico della Società dovranno essere corrisposte direttamente dall'Assicurato al professionista intervenuto.*
- f) Gli spostamenti organizzati dalla Società sono effettuati utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo, in relazione alla tratta da percorrere e alle condizioni di salute dell'Assicurato.*
- g) Gli importi riconosciuti dalla Società a titolo di anticipo, sui quali non saranno applicati interessi, devono essere restituiti entro trenta giorni dalla messa a disposizione. Chi ottiene un anticipo di denaro deve fornire adeguate garanzie bancarie e sottoscrivere la ricevuta che gli verrà sottoposta dagli incaricati della Società ed attenersi alle disposizioni che gli saranno impartite dalla Centrale Operativa.*

Il servizio Assistenza, fermi i limiti territoriali eventualmente previsti dalle singole prestazioni, è prestato in tutto il mondo, **esclusi i paesi ove sussistano situazioni di guerra anche non dichiarata**. Tutte le prestazioni sono operative previo consenso dell'Assicurato e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

Elenco dei grandi interventi chirurgici

Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" gli interventi chirurgici caratterizzati dall'impiego di tecniche operative particolari e complesse; più precisamente ai fini della presente garanzia si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito indicati.

Addome (parete addominale)

Laparatomia esplorativa per occlusione con resezione

Laparatomia esplorativa con sutura viscerale

Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati :

- correzione del setto interatriale
- correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- valvulotomia mitralica
- valvulotomia valvolare aortica
- correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- sostituzione valvola singola: aortica - mitralica - tricuspide
- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto-coronarico singolo
- embolectomia della polmonare

Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati :

- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione "ostium primum" con insufficienza mitralica
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione finestra aorto-polmonare
- correzione di ventricolo unico
- correzione di ventricolo destro a doppia uscita
- correzione di truncus arteriosus
- correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- correzione di stenosi aortiche infundibulari
- correzione di stenosi aortiche sopravalvolari
- correzione di trilogia di Fallot
- correzione di tetralogia di Fallot
- correzione di atresia della tricuspide
- correzione della pervietà interventricolare ipertesa
- correzione della pervietà interventricolare con "debanding"
- correzione della pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- sostituzioni valvolari multiple
- by-pass aorto coronarici multipli
- sostituzioni valvolari con by-pass aorto- coronarico
- aneurismi aorta toracica
- aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto- coronarici

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

Chirurgia pediatrica

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

Atresia congenita dell'esofago

Fistola congenita dell'esofago

Occlusione intestinale del neonato: atresie necessità di anastomosi

Occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione secondo Mickulicz
 Occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione con anastomosi primitiva
 Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
 Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: abbassamento addomino perineale
 Megauretere, resezione con reimpianto
 Megauretere, resezione con sostituzione di ansa intestinale
 Megacolon, resezione anteriore
 Megacolon, operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

Chirurgia vascolare

Operazione sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

Collo

Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
 Gozzo retrosternale con mediastinotomia
 Resezione dell'esofago cervicale

Esofago

Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
 Interventi con esofagoplastica

Fegato

Drenaggio di ascesso epatico
 Interventi per echinococchi
 Resezioni epatiche
 Derivazioni biliodigestive
 Interventi sulla papilla di Water
 Reinterventi sulle vie biliari Interventi chirurgici per ipertensione portale

Ginecologia

Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
 Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
 Vulvectomy allargata per linfadenectomia
 Intervento radicale per carcinoma ovario

Interventi sul mediastino

Interventi per tumori

Interventi sul polmone

Interventi per fistole bronchiali
 Interventi per echinococco
 Resezioni segmentarie e lobectomia
 Pneumectomia
 Tumori della trachea

Intestino

Colectomie parziali
 Colectomia totale

Laringe - trachea - bronchi - esofago

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Nervi periferici

Interventi sul plesso brachiale

Neurochirurgia

Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
 Intervento per encefalomeningocele
 Intervento per craniostenosi

Interventi per traumi cranio cerebrali
 Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
 Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
 Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
 Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
 Anastomosi endocranica dei nervi cranici
 Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
 Asportazione tumori dell'orbita
 Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc)
 Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
 Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
 Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
 Intervento per epilessia focale e callosotomia
 Emisferectomia
 Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
 Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
 Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
 Anastomosi dei vasi extra-intracranici
 Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
 Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
 Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
 Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
 Interventi per traumi vertebro-midollari
 Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
 Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
 Somatotomia vertebrale
 Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningo-midollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)
 Cordotomia e mieolotomia per cutanea

Oculistica

Odontocheratoprosi

Ortopedia e traumatologia

Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
 Osteosintesi di omero
 Interventi per costola cervicale
 Scapulopessi
 Trapianti ossei o protesi diafisarie
 Trattamento delle dimetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
 Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
 Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
 Resezioni del sacro
 Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
 Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
 Disarticolazione interscapolo toracica
 Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
 Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
 Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-pro-radio
 Emipelvectomia
 Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
 Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)
 Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:

- artodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)
- sostituzione con protesi modulari o "custom-made"

 Artroprotesi di anca
 Protesi totale di displasia d'anca
 Intervento di rimozione di protesi d'anca

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
 Artroprotesi di ginocchio
 Protesi cefalica di spalla
 Vertebrotonia
 Discectomia per via anteriore per ernia cervicale
 Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
 Uncoforaminotomia
 Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
 Osteosintesi vertebrale
 Pulizia focolai osteici
 Artrodesi per via anteriore
 Interventi per via posteriore con o senza impianti
 Interventi per via anteriore con o senza impianti

Pancreas - Milza

Interventi per pancreatite acuta
 Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
 Interventi per pancreatite cronica
 Interventi per neoplasie pancreatiche

Peritoneo

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Retto - Ano

Interventi per neoplasie per retto - ano
 Interventi per neoplasie per retto - ano per via addominoperineale
 Operazione per megacolon
 Proctocolectomia totale

Stomaco e duodeno

Resezione gastrica
 Gastroectomia totale
 Gastroectomia allargata
 Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
 Intervento per fistola gastro-digiunocolica
 Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
 Mega-esofago e esofagite da reflusso
 Cardioplastica

Trapianti

Trapianto cornea
 Trapianto cuore e/o arterie
 Trapianto organi degli apparati:
 - digerente
 - respiratorio
 - urinario

Urologia

Nefrectomia allargata per tumore
 Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
 Resezione renale con clampaggio vascolare
 Nefrourectomia totale
 Surrenalectomia
 Ileo bladder
 Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
 Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
 Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
 Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
 Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
 Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
 Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasie testicolari

Modulo Richiesta Rimborso Spese

(se l'Assicurato non è ricorso all'assistenza diretta dei Centri Sanitari Convenzionati)

Prodotto " Sanicard "
Sistemi Sanitari S.c. a r.l.
Via Senigallia, 18/2
20161 MILANO

_____ , li _____

Polizza N. _____
Compagnia: _____ Agenzia: _____
Contraente: _____
Assicurato: _____
Indirizzo: _____
N. Telefono _____

Con riferimento alla polizza in oggetto trasmetto (barrare la casella corrispondente):

- denuncia di sinistro (prima comunicazione in assoluto)
 a seguito della denuncia del _____
 a seguito della telefonata a voi effettuata il _____
 in risposta alla vostra lettera del _____

la documentazione in originale relativa a:

- primo certificato di diagnosi
 ulteriori certificati medici
 richiesta medica di ricovero
 certificato di dimissione ospedaliera
 cartella clinica
 fatture quietanze e/o altra documentazione di spese mediche.

Con l'invio della suddetta documentazione ritengo di:

- non avere ulteriore documentazione da trasmettere e considero il sinistro definitivamente chiuso**
 dover far seguito con ulteriore documentazione.

Vi prego di accreditare l'importo (*) eventualmente dovutomi a sensi di polizza sul:

Banca _____ Agenzia _____
ABI _____ CAB _____ Cin _____ C/C n.ro _____

(*) Per una maggiore sicurezza e tempestività, i rimborsi agli Assicurati possono essere effettuati anche tramite bonifico bancario

Preso atto dell'informativa ricevuta , ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D.Lgs. 30.06.2003 n.196:

acconsento

* al trattamento da parte del Titolare e degli altri soggetti della Catena Assicurativa , dei dati personali sia comuni sia sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;

* al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE).

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

N_____ allegati Firma dell'Assicurato _____

(o di chi ne esercita la potestà)

**GRUPPO
FONDIARIASAI**

FONDIARIA - SAI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Torino
10126 - Corso Galileo Galilei, 12
Direzione Firenze 50129 - Via Lorenzo il Magnifico, 1
www.fondaria-sai.it
Capitale sociale 167.043.712,00
Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di
Torino, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00818670012.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
(art. 65 R.D.L. 29-4-1923 N.966) - Iscritta alla Sez. I
dell'Albo Imprese presso l'Isvap al n. 1.00006 - Società
capogruppo del gruppo assicurativo Fondaria-SAI,
iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 030

**GRUPPO
FONDIARIASAI**

**GRUPPO
SAI
FONDIARIA
divisione
SAI**

