

# ASSICURAZIONE MALATTIA

## Condizioni generali di assicurazione Mod. MAL 005 CG

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende:

per **Contraente**: la persona con la quale è stipulato il contratto;  
per **Assicurato**: la persona per la quale è prestata l'assicurazione;  
per **Società**: l'impresa assicuratrice;  
per **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società;  
per **Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;  
per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;  
per **Ricovero**: la degenza, in Istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;  
per **Malattia**: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;  
per **Infortunio**: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

### NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

**Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.**  
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (v. in particolare, per le malattie preesistenti, l'art. 16, lett. a) e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

**Art. 2 - Altre assicurazioni.**  
Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, deve esserne dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 C.C..

**Art. 3 - Pagamento del premio.**  
Fermo il disposto dell'art. 14, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (ai sensi dell'art. 1901 C.C.).  
I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

**Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione.**  
Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

**Art. 5 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro.**  
In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'a-

genza alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 C.C..  
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C..

**Art. 6 - Liquidazione dell'indennizzo.**  
L'indennizzo è liquidato con accordo delle parti. In caso di disaccordo, vale il disposto dell'art. 20.

**Art. 7 - Pagamento dell'indennizzo.**  
Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e liquidato l'indennizzo, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni.

**Art. 8 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione.**  
In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

**Art. 9 - Oneri fiscali.**  
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

**Art. 10 - Foro competente.**  
Foro competente deve intendersi quello stabilito dalle disposizioni di legge.

**Art. 11 - Rinvio alle norme di legge.**  
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

### NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA

**Art. 12 - Oggetto dell'assicurazione.**  
La società rimborsa  
a) nei casi di:  
• **ricovero**, reso necessario da malattia od infortunio  
• **intervento chirurgico**, anche senza ricovero, reso necessario da malattia od infortunio;  
• **parto e aborto** (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero;  
• **prestazioni praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna in "Day Hospital"**.  
1) le spese per: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);  
2) le spese relative al periodo di ricovero, per: assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali e esami;  
3) le spese per rette di degenza;

4) fino al 10% del massimale assicurato, le spese di trasporto in ambulanza;  
b) e inoltre soltanto nei casi di:  
• **ricovero** reso necessario da infortunio;  
• **intervento chirurgico**, anche senza ricovero, reso necessario da malattia od infortunio;  
• **parto con taglio cesareo**  
5) anche le spese per gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 90 giorni precedenti all'inizio del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero);  
6) fino al 10% del massimale assicurato, anche le conseguenti spese sostenute nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento senza ricovero), per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).  
Nei casi di **parto senza taglio cesareo, di aborto, di inter-**

Mod. MAL 005 CG (Ed. 05/2003 - AGC)

## CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se espressamente richiamate in polizza)

Tabella di invalidità

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima sia trascorso un anno dalla denuncia della malattia
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella allegato I T.U. relativa al D.P.R. 30-6-65 N. 1124, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Tabella di invalidità

La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita funzionale, con il massimo del 100%.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se al momento della malattia l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Tabella di invalidità

In caso di invalidità permanente di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. L'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 60° anno di età e, comunque, dal momento in cui l'Assicurato, prima della predetta data, acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico.

Tale cessazione ha valore anche se dovesse verificarsi l'incasso di premi scaduti dopo la cessazione stessa; in tal caso i premi erroneamente incassati verranno restituiti a richiesta del Contraente. Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile.

Tabella di invalidità

Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. La presente assicurazione non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente da infortunio prestate con questa Società.

Tabella di invalidità

Sono escluse le invalidità:

- derivanti direttamente o indirettamente, dalle cause di esclusione previste dall'art. 16 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- preesistenti alla data di effetto della presente polizza.

alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, sindrome da immunodeficienza (AIDS), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

### Art. 17 - Indicizzazione.

Qualora sia stata convenuta, con l'indicazione sul frontespizio della polizza dell'indice di partenza le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione della variazione percentuale del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati (già «costo della vita») elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato in frontespizio, corrispondente a quello del mese di settembre dell'anno precedente a quello della presente stipulazione, con quello del mese di settembre successivo. Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici non sia inferiore al 10% e gli aumenti e le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di massimali e di premio. Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio venissero a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è in facoltà del Contraente di rinunciare all'adeguamento della polizza e le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 gg. e con rimborso del rateo di premio pagato e non consumato. Sono soggetti ad adeguamento anche le franchigie e gli altri limiti di garanzia non espressi in percentuali.

### Art. 18 - Obblighi in caso di sinistro.

La denuncia di cui all'art. 5 deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

### Art. 19 - Criteri di liquidazione.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

### Art. 20 - Controversie

Arbitrato irrituale. - In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura di liquidazione, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

**vento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi** effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, l'indennizzo non potrà superare per ogni singolo evento il 10% del massimale assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero, pari all'1% del massimale assicurato, con il limite giornaliero di € 50,00 e con il limite annuo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Nel caso di ricorso al “Day Hospital”, l'indennità sarà pari allo 0,50% della somma assicurata, col massimo di € 25,00 giornalieri. Nel corso di una stessa annualità assicurativa, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato.

### Art. 13 - Assicurazione in forma integrativa in caso di ricovero in Istituto di cura.

Nel caso in cui sia stata scelta l'assicurazione in forma integrativa di quella prestata da un Ente pubblico, la Società rimborsa sino a concorrenza della somma assicurata, solo la parte di spese sostenute in proprio dall'Assicurato; se l'Ente, per qualsiasi motivo, non interviene, il rimborso, calcolato a termini dell'art. 12, viene in ogni caso ridotto del 25%.

### Art. 14 - Decorrenza della garanzia.Termini di aspettativa.

- La garanzia decorre:
- per gli infortuni:
- dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie:
- dal 30° giorno successivo;
- per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, nonchè per il parto:
- dal 300° giorno successivo.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

### Art. 15 - Esclusioni.

L'assicurazione non è operante per:

- le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle parodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 12, lett. a), n. 1;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anzichè a quella di stipulazione del contratto.

### Art. 16 - Persone non assicurabili - cessazione dell'assicurazione.

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: