

Contratto di Malattie

NOTA INFORMATIVA – POLIZZA MALATTIE ISCRITTI AL SI. R. BO (Sindacato Ragionieri Commercialisti di Bologna) appartenenti alle categorie commercialisti e praticanti

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.

GLOSSARIO

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Cartella clinica	Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima o remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.
Day hospital	La permanenza diurna in istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso. E' escluso il day hospital diagnostico, anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e sia effettuato entro i 60 giorni precedenti e i 180 successivi. Inoltre è compreso il day hospital diagnostico, qualora sia stata scelta la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, entro i termini previsti da tale garanzia.
Durata	Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.
Franchigia	La parte di danno espressa in misura fissa per ogni sinistro che rimane a carico dell'assicurato. Per la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, la franchigia è relativa all'insieme di tutte le visite specialistiche, gli esami di alta diagnostica e i trattamenti terapeutici sostenuti dall'assicurato nell'arco dell'annualità assicurativa.
Indennità/Indennizzo	La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche..
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale/Sottomassimale	La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.
Parti	Il contraente e la Società.
Polizza	Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio	La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.
Ricovero	La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital.
Rischio	La possibilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	La percentuale del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato. In caso di sinistro la cui liquidazione preveda lo scoperto e la franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità contrattuali previste.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Nelle garanzie ricoveri e interventi chirurgici, grandi interventi chirurgici, visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, il termine sinistro indica il sorgere di un debito in capo all'assicurato per spese sanitarie relative a prestazioni rese necessarie successivamente alla conclusione del contratto e conseguenti a malattia, infortunio o parto.

Nella garanzia diaria da ricovero il termine sinistro indica il ricovero dell'assicurato in un istituto di cura reso necessario successivamente alla conclusione del contratto e conseguente a malattia, infortunio o parto.

Nella garanzia protezione legale del paziente, per sinistro si intende il caso assicurativo, ovvero il verificarsi del fatto dannoso, cioè la controversia, per cui è prestata la garanzia.

Nella garanzia assistenza, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.

Società

Società Cattolica di Assicurazione, Soc. Coop.

A. INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, sede legale e sede sociale in Italia, Lungadige Cangrande n° 16 – 37126 Verona – tel. 0458391111 – fax 0458391112 – sito internet: www.cattolica.it – e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237; iscrizione all'albo Imprese ISVAP n. 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.265 milioni di euro (capitale sociale: 162 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 979 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 5,13 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato sia nella forma “con tacito rinnovo” che nella forma “senza tacito rinnovo”.

AVVERTENZA: Qualora fosse scelta la forma “con tacito rinnovo”, le parti possono dare disdetta dal contratto comunicando la disdetta mediante lettera raccomandata a.r. almeno 30 giorni prima della scadenza di ciascuna annualità; diversamente il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente. Qualora fosse scelta la forma “senza tacito rinnovo”, la copertura assicurativa cessa automaticamente alla scadenza del contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 8 delle condizioni generali di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie, operanti se richiamate in polizza:

Garanzia Rimborso Spese Mediche per GRANDI INTERVENTI

La Società, in caso di ricovero reso necessario da malattia o da infortunio, comportante un Grande Intervento tra quelli elencati nelle condizioni di polizza, assicura sino alla concorrenza del massimale indicato nell'appendice 1) allegata al contratto, il rimborso delle spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici effettuati **nei giorni precedenti il ricovero**, indicati nell'art. F03 delle condizioni generali di assicurazione
- onorari del chirurgo e dell'equipe operatoria;
- rette di degenza
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami, durante il periodo di ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali effettuati **nei giorni successivi** alla cessazione del ricovero o alla data di intervento senza ricovero **fino alla concorrenza della percentuale del massimale previsto in polizza**, indicati nell'art. F03 delle condizioni generali di assicurazione

- trasferimento dell'assicurato con qualunque mezzo di trasporto in Istituto di Cura in Italia o all'estero e le spese di viaggio dell'accompagnatore in caso di ricovero all'estero, **fino al massimo della percentuale del massimale previsto in polizza** indicata nell'art. F03 delle condizioni generali di assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'appendice 1) allegata al contratto e all'art. F.03 delle condizioni generali di contratto.

Diaria Sostitutiva

A deroga di quanto stabilito alla forma F.03 del capitolo "Prestazioni" dell'allegato 1) alla polizza Sanitaria ed.2011, si conviene quanto segue.

Qualora l'Assicurato non sostenga per il ricovero alcuna delle spese indennizzabili ai termini della forma F.03 Rimborso Spese a massimale prestazione "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI", in quanto erogate dal Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in presenza di polizza stipulata con altro Assicuratore, Ente o Cassa Assistenza, Cattolica corrisponderà per ogni giorno di ricovero l'indennità indicata nella presente appendice con un massimo di 30 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'appendice 1) allegata al contratto e all'art. F.03 delle condizioni generali di contratto.

AVVERTENZA: La copertura assicurativa opera fino alla concorrenza del massimale indicato nell'appendice 1) allegata al presente contratto al netto dell'eventuale franchigia e lo scoperto indicate nell'appendice di precisazione allegata al contratto o, se non presente, nelle condizioni generali di contratto, come meglio specificato all'art. F03.

Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

La presente assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a stato patologico insorto successivamente alla data di effetto del contratto stesso e manifestatosi **non oltre un anno dalla sua cessazione**.

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente da Malattia di grado pari o superiore al 60% derivante esclusivamente dalle seguenti malattie: infarti, pericarditi, miocarditi, coronaropatie, nefriti, calcolosi, pieliti, glomerulonefriti, disturbi dell'apparato circolatorio a carattere acuto, manifestazioni articolari acute.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'appendice 1) allegata al contratto e all'art. F.07 delle condizioni generali di contratto.

AVVERTENZA: La Società, compiuti gli accertamenti del caso che confermano l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, liquida il 100% del massimale indicato nell'appendice 1) allegata al contratto, fermo restando quando stabilito all'art. F.07 delle condizioni generali di contratto a cui si rinvia per la disciplina degli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: Sono escluse dell'assicurazione le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici o diagnosticati anteriormente alla data di effetto della polizza e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave; gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, abuso di alcoolici o ad uso a scopo non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni; le invalidità permanenti conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; le malattie mentali e nevrosi. Si rinvia all'appendice di precisazione allegata al contratto o, se non presente, all'art. 14 delle condizioni generali di contratto per la disciplina degli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: salvo quanto indicato nell'appendice di precisazione allegata al contratto, ove presente, l'assicurazione non prevede limite di età. Qualora tale limite fosse riportato nell'appendice di precisazione allegata al contratto, nel caso in cui l'assicurato compia tale limite nel corso dell'annualità assicurativa, il contratto conserverà efficacia fino alla sua naturale scadenza.

4. Limiti della garanzia

Fermo restando quanto stabilito dalle condizioni dell'allegato 1) alla polizza Sanitaria ed. 2011, si conviene quanto segue:

Prestazioni F.03 Rimborso spese a massimale prestazioni "Grandi Interventi" e Diaria Sostitutiva:

- l'assicurazione non è operante per le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto o alla data di adesione alla copertura;
- per le conseguenze di stati patologici non diagnosticati ed insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, l'assicurazione decorre dal 180° giorno successivo alla stipulazione del contratto o alla data di adesione alla copertura.

Prestazione F.07/tipo B Invalidità Permanente da Malattia (e trasformabilità della prestazione in diaria ricovero al compimento del 65° anno di età)

- l'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a stato patologico insorto successivamente alla data di effetto della del contratto stesso o alla data di adesione alla copertura, secondo quanto previsto dalle condizioni dell'allegato 1) alla polizza Sanitaria ed. 2011 e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione;
- sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti a infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici o stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o insorti anteriormente alla data di effetto della polizza nonché manifestatasi oltre un anno dalla cessazione

Limiti di età e trasformabilità della prestazione Invalidità Permanente da Malattia.

L'assicurazione vale:

- limitatamente alle prestazioni F.03 Rimborso Spese a massimale prestazione "Grandi Interventi" e Diaria Sostitutiva, sino al compimento del 75° anno di età; per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio
- limitatamente alla prestazione F.07/tipo B Invalidità Permanente da Malattia, sino al compimento del 65° anno di età; dopo tale limite di età, la garanzia si trasforma automaticamente in diaria di ricovero limitatamente per le patologie elencate nella predetta prestazione. In tale evenienza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata nella presente appendice per ciascun giorno di degenza in Istituto di Cura per la durata massima di 90 giorni per sinistro e per anno assicurativo

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'appendice 1) allegata al contratto a precisazione e deroga delle condizioni generali di contratto.

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

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte e reticenti del contraente o dell'assicurato relative a circostanza che influiscono sulla valutazione del rischio possono essere causa di annullamento del contratto e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto, secondo quanto previsto dagli artt.1892-1893 – 1894 C.C. e come indicato all'art. 1 delle condizioni generali di contratto cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: E' necessario che l'assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario anamnestico, ove previsto.

AVVERTENZA: La sopravvenienza in corso di contratto di alcune affezioni quali dipendenza da sostanze psicoattive, infezioni da HIV, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco – depressive o stati paranoidei ed altre meglio indicate all'art. 15 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio è causa di risoluzione del contratto che cesserà dalla prima scadenza annuale successiva.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve comunicare alla Società i mutamenti che producono una diminuzione o aggravamento del rischio secondo quanto previsto dagli artt.1897 – 1898 C.C. cui si rinvia per la disciplina delle conseguenze derivanti alla mancata comunicazione.

La variazione della professione non determina la modificazione del rischio.

7. Premi

Il pagamento del premio da parte del contraente deve essere eseguito annualmente alle scadenze pattuite ed indicate nel contratto e può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge oppure.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate, il premio e gli eventuali scoperti e franchigie non espressi in percentuale, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute, pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art.26 delle condizioni generali di contratto.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: Le parti possono recedere dal contratto comunicando la disdetta mediante lettera raccomandata a.r. almeno 30 giorni prima della scadenza di ciascuna annualità; diversamente il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente. Si rinvia agli artt. 7 e 8 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Dopo la denuncia di ogni sinistro, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata a.r. e ha effetto dopo il 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In caso di recesso, la Società rimborsa al contraente entro 15 giorni dalla data di annullazione del contratto, la parte di premio imponibile versata (esclusi diritti) e non goduta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7 e 8 delle condizioni generali di assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda (art 2952 CC).

11. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

La polizza è soggetta all'imposta nella misura del 2,5%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: In caso di sinistro l'assicurato e/o il contraente deve darne comunicazione scritta all'agenzia oppure alla Società entro tre giorni ai sensi di quanto indicato dall'art. 1913 CC. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 CC. . La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata ai seguenti documenti giustificativi: fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanziate.

La Società si riserva in ogni momento la facoltà di procedere ad un accertamento medico diretto sull'assicurato le cui spese restano a carico della Società stessa, mentre restano a carico dell'assicurato le certificazioni mediche ad uso assicurativo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 6- 16 - 17 delle condizioni generali di assicurazione.

Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia alla denuncia di sinistro nei termini indicati sopra, deve seguire la seguente documentazione: certificato medico con dettagliate informazioni circa il decorso e le conseguenze della malattia; certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia; la copia della cartella clinica per la valutazione dei postumi invalidanti. In caso di malattie neoplastiche la valutazione dei postumi sarà effettuato entro un anno dal primo riscontro diagnostico della neoplasia a prescindere dalla guarigione clinica.

Negli altri casi, la valutazione del grado di invalidità permanente avviene trascorsi sei mesi dalla data del certificato medico. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. F07 punto 7.

14. Assistenza Diretta – Convenzioni

Salvo quanto indicato nell'appendice di precisazione allegata al contratto, ove prevista, la copertura assicurativa non prevede la forma dell'assistenza diretta.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. – Servizio Reclami

Lungadige Cangrande n° 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045/8372354

E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

Indicando i seguenti dati:

- Nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della polizza e nominativo del contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

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 n° 21 – 00187 Roma – Fax 06/42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'ISVAP deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Eventuali controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

AVVERTENZA: resta ferma la facoltà dell'assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Cattolica Assicurazioni è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

***Il legale rappresentante
Dott. Giovan Battista Mazzucchelli***

