

**Università degli Studi della
Campania
“Luigi Vanvitelli”
Viale Abramo Lincoln, 5**



Università
degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

**LOTTO VI
Capitolato di Polizza di
Assicurazione
CAPITOLATO TECNICO POLIZZA DI ASSICURAZIONE
PER DIARIA DA RICOVERO E DA MALATTIA
COVID 19
**PER DIPENDENTI NON SANITARI
E RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**
CIG 873547238A**



Insurance Gold Brokers S.r.l.
Piazza Sette Settembre, 28 (Pal. Doria d'Angri) - 80134 Napoli (NA)

INDICE

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

- art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
- art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI
- art. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO
- art. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI
- art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – ESCLUSIONE DEL TACITO RINNOVO
- art. 6 – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI – PREMIO UNITARIO
- art. 7 – VALIDITA' TERRITORIALE
- art. 8 – ONERI FISCALI
- art. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
- art. 10 – ESCLUSIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE
- art. 11 – PERSONE ASSICURABILI
- art. 11bis – SOGGETTI CONTRAENTI
- art. 12 – PERSONE NON ASSICURABILI
- art. 13 – RECESSO DAL CONTRATTO
- art. 14 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE
- art. 15 – CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA
- art. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
- art. 17 – PRESTAZIONI
- art. 18 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
- art. 19 – INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA
- art. 20 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL DOMICILIO AL PRONTO SOCCORSO
- art. 21 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL PRONTO SOCCORSO AL DOMICILIO
- art. 22 – TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA E RIENTRO AL DOMICILIO
- art. 23 – CONSULTO MEDICO
- art. 24 – CONSULTO PSICOLOGICO
- art. 25 – SECOND OPINION
- art. 26 – INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA
- art. 27 – INVIO DI UN TAXI
- art. 28 – DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

I termini di cui alla presente Sezione, ove presenti all'interno del testo di polizza, assumono il significato di seguito indicato.

APPLICAZIONE: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato e comprovante l'inclusione nella copertura assicurativa dello stesso;

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero, nel caso concreto, il soggetto persona fisica che presta la propria attività lavorativa in qualità di Dipendente presso il Contraente, così come rilevabile dal Libro paga del Contraente alla data dell'inclusione in copertura, oppure opera all'interno dell'Ente Contraente in qualità di Amministratore, così come rilevabile dalla opportuna e formale documentazione dell'Ente, e il loro relativo Nucleo familiare

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione, così come risultante dalla Scheda di polizza;

FRANCHIGIA: il numero dei giorni di ricovero a carico dell'assicurato;

IMPRESA: la Compagnia di Assicurazioni

INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;

ISTITUTO DI CURA: s'intendono esclusivamente l'ospedale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.;

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO: alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;

NUCLEO FAMILIARE: ai sensi del presente contratto, s'intendono rientranti in questa definizione il coniuge o il convivente more uxorio e i figli del soggetto che presta la propria attività lavorativa in qualità di Dipendente del Contraente, a condizione che detti soggetti risultino dallo stato di famiglia del Dipendente;

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO: la somma dovuta all'Impresa;

RICOVERO: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura collegata in modo diretto ed esclusivo all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

Il presente contratto prevede l'estensione della copertura all' "Assicurato" e al "Nucleo familiare" di quest'ultimo, così come definiti nel Glossario;

art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e/o dell'assicurato relative a 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 artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il contraente e/o l'assicurato devono comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'assicurato o il contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile. L'omissione dolosa della comunicazione può consentire all'Impresa di non corrispondere l'indennizzo.

art. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 09 novembre 2012, n. 192 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza o dalla data di ricezione del contratto, se successiva. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite;
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comperto.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m. e i. il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "DURATA DEL CONTRATTO" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero.

art. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI

La polizza firmata è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti.

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

art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – ESCLUSIONE DEL TACITO RINNOVO

Il presente contratto sottoscritto tra l'Impresa e il Contraente ha durata dalle ore 24.00 del 31/08/2021 alle ore 24.00 del giorno 31/08/2026

Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo al momento della scadenza summenzionata.

Si conviene tra le parti che, ove ritenuto conveniente in relazione alle proprie valutazioni tecniche ed economiche, il Contraente ha la facoltà di affidare, previo assenso della Società, la ripetizione del servizio per un periodo di pari durata, ai sensi dell'art. 63, comma 5 del D.Lvo 50/2016, alle medesime condizioni normative ed economiche.

Il Contraente si riserva la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto fino ad un massimo di 180

(centottanta) giorni anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso

art. 7 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale esclusivamente per gli accadimenti occorsi nel territorio della Repubblica Italiana.

art. 8 – ONERI FISCALI

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

art. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

art. 10 – ESCLUSIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

L'assicurazione non è operante per i sinistri relativi a:

- a)** qualsiasi patologia – nessuna eccettuata – diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus), salvo quanto disposto alla Sezione III, Capitolo 2;
 - b)** situazioni non riconducibili in via diretta ed esclusiva all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);
 - c)** ricoveri in Day Surgery o Day Hospital;
 - d)** infortuni, malformazioni, gravidanza, interruzione di gravidanza, parto di qualsiasi genere;
 - e)** conseguenze dirette di malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. L'assicurazione è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) insorta anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatasi alla data di stipulazione (patologia latenti), certa la non conoscenza dell'assicurato;
 - f)** check-up di medicina preventiva;
 - g)** necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana e i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;
 - h)** conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche e quarantene disposte dalle Autorità;
 - i)** conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.
- Resta espressamente inteso che, con particolare riguardo alle prestazioni di assistenza di cui alla Sezione III, Capitolo III, le coperture non potranno essere operative qualora la loro effettiva esecuzione sia impedita o impossibilitata da provvedimenti delle Autorità, anche sanitarie.

art. 11 – PERSONE ASSICURABILI

Non sono previsti limiti di età al fine dell'assicurabilità dei soggetti aventi qualifica di Dipendenti del Contraente. Sono assicurabili gli Amministratori che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 65 anni di età, fermo restando che rimane in vigore per chi già in precedenza assicurato. Si richiama l'attenzione di leggere con attenzione la definizione di "Assicurato" contenuta nel Glossario.

art. 11 bis – SOGGETTI CONTRAENTI (esclusione)

Resta espressamente inteso che non potranno acquisire la qualifica di Contraenti le Società operanti nel settore medico-sanitario o, in ogni caso, che abbiano alle proprie dipendenze personale adibito ad attività afferenti al predetto settore medico-sanitario, le Società operanti nel settore dei servizi di protezione civile, delle farmacie, delle Forze Armate, della Pubblica Sicurezza e del volontariato di qualsiasi genere, nonché le Società esercenti l'attività di recupero e/o soccorso e/o trasporto di malati e/o di personale medico e paramedico attraverso qualsiasi mezzo, comprese le ambulanze, i mezzi di soccorso, le auto mediche e simili.

art. 12 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.

Resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Impresa rimborsa al contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Resta altresì inteso che non potranno essere assicurati i soggetti affetti al momento della stipula della polizza da COVID-19 (c.d. Coronavirus) qualora detta infezione risulti conclamata sulla base di accertamenti diagnostici strumentali e/o di laboratorio.

art. 13 – RECESSO DAL CONTRATTO

L'Impresa non ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito di denuncia di sinistro, salvo quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

art. 14 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

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

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. **Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Sarà in ogni caso facoltà di ciascuna Parte rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

art. 15 – CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Si conviene fra le parti che la Contraente, nell'ipotesi in cui venga ufficializzata da parte delle Autorità Sanitarie mondiali e nazionali la cessazione dell'emergenza sanitaria cagionata dalla pandemia da covid19, avrà la facoltà di recedere dalla presente polizza previa richiesta scritta e senza termini di preavviso, a decorrere dalla scadenza del terzo anno della durata contrattuale.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 3 capitoli principali (*Diaria da ricovero – Indennità da convalescenza – Assistenza*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

PREMESSA

Le coperture offerte con il presente contratto sono valide esclusivamente a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata in Italia, successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa e a condizione che l’infezione comporti un conseguente ricovero.

CAPITOLO 1 – DIARIA DA RICOVERO

art. 16 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l’Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall’Assicurato, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni di seguito indicate.

art. 17 – PRESTAZIONI

L’Impresa, qualora il ricovero dell’Assicurato si protragga per un numero di giorni superiore a 5, riconosce per ogni successivo giorno di degenza (*i.e.* a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a euro 100,00 (cento/00) per un numero massimo di giorni pari a 10.

In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso dell’annualità assicurativa non potrà superare l’importo di euro 1.000,00 (mille/00).

CAPITOLO 2 – INDENNITA’ DA CONVALESCENZA

art. 18 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

L’Impresa riconosce all’Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a euro 2.000,00 (duemila/00) al momento della dimissione dell’Assicurato stesso dall’Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell’infezione da COVID-19.

La presente prestazione opererà unicamente qualora l’Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato nel reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA POST RICOVERO

Resta espressamente inteso che le coperture non potranno essere operative qualora la loro effettiva esecuzione sia impedita o impossibilitata da provvedimenti delle Autorità, anche sanitarie.

art. 19 - INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA

Qualora l’Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, l’Impresa tramite la propria Centrale Operativa mette a disposizione dell’Assicurato il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l’Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell’Assicurato dall’Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell’infezione da COVID-19.

Prestazione valida per un numero massimo di tre volte per tutta la durata di ciascuna singola Applicazione.

art. 20 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL DOMICILIO AL PRONTO SOCCORSO

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l’Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, dell’Assicurato nel Pronto soccorso più vicino al luogo in cui l’Assicurato stesso si trova al momento della chiamata.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell’Assicurato dall’Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell’infezione da COVID-19.

Prestazione valida per un numero massimo di tre volte per tutta la durata di ciascuna singola Applicazione.

art. 21 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL PRONTO SOCCORSO AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a provvedere attraverso i propri familiari e/o altre persone dallo stesso designate e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, dell'Assicurato dal Pronto soccorso al suo domicilio.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 22 – TRASFERIMENTO ALL'ISTITUTO DI CURA E RIENTRO AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a provvedere attraverso i propri familiari e/o altre persone dallo stesso designate e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura più vicino al luogo nel quale l'Assicurato si trovava al momento della chiamata e, qualora possibile, il successivo rientro al domicilio.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 23 – CONSULTO MEDICO

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario al quale l'Assicurato potrà porre i più opportuni quesiti in merito al proprio stato di salute e a quello dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 24 – CONSULTO PSICOLOGICO

La Centrale Operativa mette a disposizione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, il proprio personale specializzato nei consulti psicologici affinché l'Assicurato possa ricevere un primo supporto e le più opportune indicazioni in ordine alle modalità di gestione del disagio psicologico proprio o dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 25 – SECOND OPINION

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica affinché l'Assicurato possa trasmettere copia della propria cartella clinica e ottenere dall'Impresa, anche con il supporto di medici specialisti di strutture convenzionate, una second opinion in merito al percorso diagnostico e terapeutico intrapreso.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 26 – INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA

L'Impresa, attraverso la propria Centrale Operativa in funzione h24 e a seguito di richiesta dell'Assicurato, comunicherà telefonicamente i numeri di telefono istituiti dalle Autorità per la gestione delle vicende relative al contagio da Covid-19 (c.d. Coronavirus) e per le relative segnalazioni.

art. 27 – INVIO DI UN TAXI

Qualora l'Assicurato ne faccia richiesta, al momento della propria dimissione, la Centrale Operativa invia un taxi per accompagnare l'Assicurato presso la propria residenza o il più vicino domicilio. L'Impresa tiene a proprio carico la prestazione fino ad un massimo di Euro 100,00 qualsiasi sia il numero dei passeggeri.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

In questa sezione vengono previste le regole e le modalità per denunciare un sinistro e per ottenere un indennizzo.

art. 28 – DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per ottenere l'indennizzo spettante, secondo quanto previsto dalle condizioni di Assicurazione, l'assicurato deve:

1 - denunciare il sinistro all'Impresa entro dieci giorni dall'avvenuto ricovero.

2 - Provvedere ad inviare all'Impresa la copia autentica e completa della Cartella Clinica, nonché copia del referto di ogni altro accertamento diagnostico strumentale o di laboratorio effettuato;

3 - Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dalla Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

RIEPILOGO GARANZIE E LIMITI DI RISARCIMENTO

Relativamente alle garanzie di seguito riportate, l'indennizzo sarà corrisposto previa detrazione delle seguenti franchigie/scoperti e la Società non sarà obbligata a pagare a titolo di indennizzo, per ogni sinistro e per anno assicurativo, o minor periodo assicurativo, una somma superiore ai seguenti limiti di indennizzo:

| | Limite di indennizzo Per sinistro ed anno | Validità massima della prestazione durante l'annualità assicurativa |
|---|--|--|
| A) DIARIA DA RICOVERO | Euro 100,00 pro die max 10 giorni | |
| B) DIARIA DA CONVALESCENZA | Euro 2.000,00 | = |
| C) ASSISTENZA POST RICOVERO | ----- | ----- |
| Invio di un medico generico in Italia in casi di urgenza | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Max 3 volte |
| Trasporto in ambulanza dal domicilio al Pronto Soccorso | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Max 3 volte |
| Trasporto in ambulanza dal pronto Soccorso al domicilio | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Una tantum |
| Trasferimento all'Istituto di Cura e rientro al domicilio | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Una tantum |
| Consulto Medico | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Senza limite |
| Consulto Psicologico | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Senza limite |
| Second Opinion | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Senza limite |
| Informazioni numero di emergenza | Validità nei 14 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura | Senza limite |
| Invio di un taxi per accompagnamento dall'istituto di cura alla propria residenza o domicilio più vicino | Al momento delle dimissioni. Importo massimo Euro 100,00 qualunque sia il numero dei passeggeri | Una tantum |