



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali



GRUPPO A.D.TAVERNA

# **CONVENZIONE SANITARIA PER GLI ASSISTITI DELL'O.N.A.**

## **L'Ufficio Dedicato Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco**

Segue la Vostra pratica dal primo momento fino alla liquidazione da parte della Compagnia.

È sempre a disposizione per rispondere alle Vostre domande ed ai dubbi più frequenti e vi assiste per quanto riguarda la garanzia di indennità di ricovero, i sinistri in strutture non convenzionate e nel Servizio Sanitario Nazionale.

**Taverna PreviAss Srl**

**Tel. 010 57251**

**[infovigilidelfuoco@gruppotaverna.it](mailto:infovigilidelfuoco@gruppotaverna.it)**

**il broker dedicato a Voi**

# Opera Nazionale di Assistenza per il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

Al personale del  
Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

Come già reso noto con la circolare n. 4/A inviata in data 11/04/06 prot. n. 446/A/1218, dal 31 Gennaio di quest'anno, l'Opera Nazionale ha stipulato una nuova polizza assicurativa di "Rimborso Spese Sanitarie" a favore di tutto il personale del Corpo con la Compagnia Assicurazioni Generali S.p.a..

Per i nuclei familiari del suddetto personale è stato predisposto un piano assicurativo specifico al quale gli stessi potranno aderire seguendo le modalità indicate nella guida.

Analogamente anche i dipendenti dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile, il personale in quiescenza del C.N.VV.F. e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento, ed i relativi nuclei familiari, possono aderire al piano assicurativo ad essi dedicato.

Inoltre è stata predisposta una polizza assicurativa aggiuntiva che potrà essere sottoscritta facoltativamente dal personale in servizio e da coloro che hanno aderito alla polizza sanitaria volontaria di cui sopra.

La Centrale Salute al numero verde 800 904868 fornisce un servizio di informazione e prenotazione presso i centri convenzionati dove è possibile effettuare le prestazioni professionali previste dal piano sanitario; al numero verde 800 904604 fornisce informazioni di carattere sanitario.

La Taverna PreviAss S.r.l. – telefono 010.5725 1 – "Ufficio dedicato Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco" - è sempre a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento o informazione.

Certi che questa nuova polizza di "Rimborso Spese Sanitarie" incontrerà il Suo gradimento, La invitiamo a leggere attentamente la Guida e le condizioni di polizza.

L'occasione ci è gradita per salutarLa cordialmente.

Opera Nazionale di Assistenza per il personale del  
Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

## INDICE

Polizza dipendenti	pag. 5
Numeri Telefonici	pag. 8
Polizza ad adesione volontaria	pag. 9
Polizza facoltativa	pag. 10
Procedure liquidative	pag. 17
Condizioni di polizza (263669400)	pag. 23
Condizioni di polizza (263669401)	pag. 33
Condizioni di polizza (263669669)	pag. 43

# POLIZZA DIPENDENTI

## SINTESI DELLE PRESTAZIONI POLIZZA N. 263669400

I dipendenti del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento sono **AUTOMATICAMENTE ASSICURATI**.

### RICOVERO

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, occorse durante l'operatività del contratto, e garantisce la corresponsione di:

	Importo Diaria giornaliera	Numero Giorni Diaria	Altre Garanzie	Massimale	Spese accompagnatore	Massimale per persona e anno assicurativo
Ricovero senza intervento/ Parto Naturale	€ 35,00	Max 60	-	-	Se certificata l'esigenza dal medico curante	Vitto e pernottamento Max € 70/gg. Max € 2.582,28
Ricovero per intervento anche in Day Hospital Parto cesareo	€ 90,00	Max 60	Visite Specialistiche, medicazioni, accertamenti diagnostici etc, effettuati 45gg pre e post ricovero	€ 3.750,00 per persona e anno assicurativo	Se certificata l'esigenza dal medico curante	Vitto e pernottamento Max € 70/gg. Massimale Max € 2.582,28
Ricovero per grande intervento	€ 125,00	Max 60	Visite Specialistiche, medicazioni, accertamenti diagnostici etc, effettuati 45gg pre e post ricovero	€ 3.750,00 per persona e anno assicurativo	Se certificata l'esigenza dal medico curante	Come sopra; vengono inoltre rimborsate le spese di trasporto dell'assicurato per max € 3.500,00

### MALATTIE ONCOLOGICHE, CARDIOVASCOLARI E INTERVENTI DI CHIRURGIA REFRATTIVA

Tipo di malattia	Tipo spese	Massimale per persona/anno	Diaria	Spese accompagnatore	Spese di trasporto
Neoplasia Maligna (vedere art. 6 condizioni di polizza)	Intervento chirurgico e spese correlate e/o cure	€ 15.420,00	Si	Se certificata l'esigenza dal medico curante; vitto e pernottamento Max 70 Euro al giorno. Massimale € 2.582,28	Si, max € 3.500,00
Cardiovascolare (vedere art. 7 condizioni di polizza)	Intervento chirurgico e spese correlate e/o cure	€ 15.420,00	Si	Se certificata l'esigenza dal medico curante; vitto e pernottamento Max 70 Euro al giorno. Massimale € 2.582,28	Si, max € 3.500,00
Limitatezza visiva (vedere art. 9 condizione di polizza)	Chirurgia refrattiva corneale con laser	€ 1.275,00 per occhio	Si	Se certificata l'esigenza dal medico curante; vitto e pernottamento Max 70 Euro al giorno. Massimale € 2.582,28	-

*\*Le spese di trasporto sono legate ai trasferimenti all'istituto di cura, da un istituto ad un altro, ed il rientro alla propria abitazione; vengono rimborsate anche per altre patologie (vedere art. 10 condizioni di polizza)*

## PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Prestazioni	Massimale per persona/anno	Struttura Convenzionata	Struttura non convenzionata	Tickets sanitari
Vedere elenco sotto riportato*	€ 6.664,57	Pagamento diretto	A rimborso con scoperto del 20% con minimo € 25,00	Integralmente rimborsati

\*

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto (\*)
- Angio RMN anche con liquido di contrasto (\*)
- Scintigrafia (\*)
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea)(\*)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto (\*)
- Tomografia emissione positroni PET (\*)
- Mineralometria ossea computerizzata (\*)
- Ricerche genetiche per malformazioni:
  - amniocentesi
  - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma normale
- Elettrocardiogramma da sforzo
- Elettrocardiogramma Holter
- Ecografia prostatica transrettale (\*)
- Ecografia scrotale (\*)
- Ecografia transvaginale (\*)
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (\*)
- Ecografia della tiroide anche color Doppler (\*)
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler (\*)
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler (\*)
- Esame urodinamico completo
- Elettromiografia

(\*) *Compresa la visita specialistica relativa purchè l'esame di diagnostica per immagini e la visita siano effettuati, anche non contestualmente, presso strutture convenzionate. Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).*

Nelle strutture convenzionate le spese sostenute vengono direttamente pagate dalla Compagnia alla struttura sanitaria secondo le modalità e i massimali stabiliti dalle condizioni di polizza.

**N.B.:** Nella prescrizione del medico deve essere riportata la patologia o il quesito diagnostico.

## PRESTAZIONI PER PREVENZIONE

(da effettuare esclusivamente in strutture convenzionate)

*Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini inter-*

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata)
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;
- endoscopia digestiva:
  - esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
  - rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- endoscopia respiratoria: rinoscopia, faringoscopia, laringoscopia, tracheoscopia, broncoscopia;
- endoscopia urinaria;
- haemocult (ricerca sangue nelle feci);
- esame citologico delle urine;
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione)

*ventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici biopsie, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati)*

**N.B.:** Nella prescrizione del medico deve essere specificato che si tratta di visita per prevenzione

## GARANZIE AGGIUNTIVE

### Per infortuni occorsi durante lo svolgimento dell'attività professionale

Descrizione	Massimale	Spese Accompagnatore	Rimborso spese trasporto
Terapia fisica e riabilitazione (*)	€ 1.300,00 elevato a € 2.300,00 in strutture convenzionate	Non riconosciute	Non riconosciute
Grandi ustioni	€ 17.920,00	se certificata l'esigenza da un medico viene riconosciuto vitto e pernottamento: Max € 70/gg con un massimo di € 2.582,28	Max € 3.500,00
Avvelenamenti intossicazioni, traumi anche psichici	€ 14.300,00	come sopra	Max € 3.500,00
Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale	€ 14.300,00	come sopra	Max € 3.500,00
Rischio nucleare	€ 17.920,00	come sopra	Max € 3.500,00
Terapia iperbarica	€ 12.750,00	come sopra	Max € 3.500,00
Traumi dentari (**)	€ 10.000,00	come sopra	-

(\*) Il massimale ha da intendersi come complessivo per gli infortuni occorsi in attività professionale ed extraprofessionale

(\*\*) Per l'attivazione del convenzionamento diretto per le cure dentarie contattare preventivamente: Prima-Dent Italia Numero Verde 800 915713 (da rete fissa) o al numero 02 320620501 (da cellulare) attivi dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00 festivi esclusi o scrivere a: [info@prima-dent.com](mailto:info@prima-dent.com)

### Per infortuni extraprofessionali

Descrizione	Massimale	Condizione
Terapia fisica e riabilitazione eseguita nei 120 gg. successivi all'infortunio (*)	€ 1.300,00 elevato a € 2.300,00 se eseguite in strutture convenzionate	Infortunio che abbia comportato fratture ossee documentato da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente

(\*) Il massimale ha da intendersi come complessivo per gli infortuni occorsi in attività professionale ed extraprofessionale

## NUMERI TELEFONICI

Numero Verde Centrale Operativa GGL



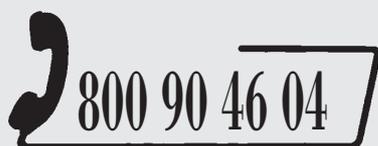
**Attivo per il servizio di Convenzionamento**  
dal lunedì al venerdì 8,30 - 19,30  
ed il sabato 8,00 - 12,00 - dall'estero + 39 02 58245240

**Da contattare esclusivamente per:**

- **usufruire delle strutture sanitarie convenzionate;**
- **prenotazione di prestazioni sanitarie**

*Le strutture convenzionate prevedono il pagamento diretto delle prestazioni senza alcun esborso da parte dell'Assicurato, nel rispetto dei massimali indicati in polizza. È necessario contattare preventivamente il numero verde e seguire le istruzioni che vengono indicate.*

Numero Verde Centrale Operativa Europ Assistance



**Attivo per il servizio di Assistenza**  
dal lunedì al venerdì 8,30 - 19,30  
ed il sabato 8,00 - 12,00 - dall'estero + 39 02 58245235

**Da contattare per informazioni sanitarie:**

- **ubicazione e specializzazioni** di strutture sanitarie pubbliche e private, informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia, centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero; composizione, indicazioni e controindicazioni dei farmaci.
- **Pareri medici immediati**
- **Rientro dal ricovero di primo soccorso**

# POLIZZA AD ADESIONE VOLONTARIA

## POLIZZA N. 263669401

Le prestazioni di polizza corrispondono a quelle della copertura dipendenti con alcune eccezioni specificate nella tabella sotto riportata.

N.B.: La copertura è operante per le prestazioni oggetto di assicurazione rese necessarie da situazioni patologiche insorte successivamente alla decorrenza dell'assicurazione. Sono escluse dalla garanzia le prestazioni rese necessarie da patologie preesistenti a tale data, fatto salvo le cure e gli interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite nei primi dodici mesi di vita del bambino neonato.

Compilando l'apposito modulo, possono **ADERIRE** alla convenzione, entro il **30/06/06**

Persone Assicurabili	Importo da pagare*	Documenti per aderire	Prestazioni
<b>Nucleo familiare</b> del CNVVF, del Corpo Provinciale VVF di Trento	Coniuge € 100 1° figlio € 100 2° figlio € 80 dal 3° figlio € 70	- Modulo di adesione - Consenso privacy - Versamento postale intestato a Taverna PreviAss Srl Conto postale n. 40007916	Condizioni come da polizza dipendenti escluse: - visite di prevenzione - chirurgia refrattiva - garanzie aggiuntive
<b>Personale in quiescenza</b> del CNVVF, del Corpo Provinciale VVF di Trento dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei VVF relativi nuclei familiari	Personale € 180 Coniuge € 190 1° figlio € 190 2° figlio € 152 dal 3° figlio € 133	- Modulo di adesione - Consenso privacy - Versamento postale intestato a Taverna PreviAss Srl Conto postale n. 40007916	Condizioni come da polizza dipendenti escluse: - visite di prevenzione - chirurgia refrattiva - garanzie aggiuntive
<b>Personale dipendente</b> dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento VVF  proprio nucleo familiare	Personale € 100 Coniuge € 100 1° figlio € 100 2° figlio € 80 dal 3° figlio € 70	- Modulo di adesione - Consenso privacy - Versamento postale intestato a Taverna PreviAss Srl Conto postale n. 40007916	Condizioni come da polizza dipendenti escluse: - garanzie aggiuntive  Per nucleo familiare vedi sopra

*Le adesioni dei neoassunti e le variazioni al nucleo familiare (solo a seguito di matrimonio e nascite) devono essere comunicate entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o trasferimento; il premio da corrispondere si calcola secondo quanto previsto all'art. 25 delle condizioni di polizza.*

La documentazione di adesione deve essere **spedita a:**

**Taverna PreviAss Srl**  
Piazza della Vittoria, 9  
16121 GENOVA

**Anticipando il tutto via Fax al n. 010 593967**

## POLIZZA FACOLTATIVA

### POLIZZA N. 263669669

(sottoscrivibile solo se si è titolari della polizza 263669400 riservata ai dipendenti o se si ha aderito alla polizza ad adesione volontaria n. 263669401)

Destinatari	Importo da pagare per nucleo	Garanzie offerte per nucleo	Documenti da presentare
Tutti gli Assistiti dell'ONA	€ 450,00	Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche con massimale di € 100.000,00 (ricovero in forma globale). Solo se la struttura non è convenzionata viene applicato uno scoperto del 10% con il minimo di € 500,00 ed il massimo di € 2.500,00	<ul style="list-style-type: none"><li>- Modulo di adesione</li><li>- Consenso privacy</li><li>- Versamento postale intestato a Taverna PreviAss Srl Conto postale n. 40007916</li></ul>

## Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. 263669401 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento

### Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo (casa) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Comando di appartenenza \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento  
 dal \_\_\_\_\_

### chiede

l'adesione alla copertura sanitaria volontaria per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio ( C )  
 e figli ( F ) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € \_\_\_\_\_ per l'annualità 31/01/06 - 31/01/07 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data \_\_\_\_\_ di cui allega copia del bollettino.

La durata della convenzione è di anni 4. Qualora venisse meno uno dei versamenti annuali, si perde il diritto di rientrare nella garanzia per gli anni successivi.

**Tutta la modulistica (Modulo adesione, fronte e retro anche per la "Privacy"\*, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2006 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1**

Data \_\_\_\_\_

Firma (richiedente) \_\_\_\_\_

*\*sul retro Modello "Privacy" (D.Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).*



## **Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A. (in seguito denominata Società) tratterà i dati personali contenuti nella presente adesione, o acquisiti in relazione al contratto di assicurazione retroindicato, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabile oppure, come nel caso di Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo e di Taverna PreviAss S.r.l. in qualità di Titolare autonomo di trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art.7 D. lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041.549.2599 - fax 041.549.2235). Il sito [www.generalis.it](http://www.generalis.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONIUGE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FIGLIO (\*)

\_\_\_\_\_

*(\*) In caso di minore apporre la firma del genitore*

## Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. 263669401 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il Pensionato del C.N.V.V.F., del Corpo Provinciale dei V.V.F. di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei V.V.F. del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

### Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo (casa) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal \_\_\_\_\_

Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei VVF del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal \_\_\_\_\_

### chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

e di estendere l'adesione alla copertura per il proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio ( C ) e figli ( F ) risultanti dallo stato di famiglia, di seguito elencati.

A tal fine dichiara sotto sua piena responsabilità che le persone sotto elencate fanno parte del proprio stato di famiglia

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Codice fiscale	Parentela

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € \_\_\_\_\_ per l'annualità 31/01/06 - 31/01/07 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data \_\_\_\_\_ di cui allega copia del bollettino.

La durata della convenzione è di anni 4. Qualora venisse meno uno dei versamenti annuali, si perde il diritto di rientrare nella garanzia per gli anni successivi.

**Tutta la modulistica (Modulo adesione, fronte e retro anche per la "Privacy"\*, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2006 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1**

Data \_\_\_\_\_

Firma (richiedente) \_\_\_\_\_

*\*sul retro Modello "Privacy" (D.Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).*



## **Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A. (in seguito denominata Società) tratterà i dati personali contenuti nella presente adesione, o acquisiti in relazione al contratto di assicurazione retroindicato, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabile oppure, come nel caso di Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo e di Taverna PreviAss S.r.l. in qualità di Titolare autonomo di trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art.7 D. lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041.549.2599 - fax 041.549.2235). Il sito [www.generalis.it](http://www.generalis.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONIUGE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FIGLIO (\*)

\_\_\_\_\_

*(\*) In caso di minore apporre la firma del genitore*

## Modulo di adesione volontaria all'assistenza sanitaria

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. 263669669 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il Dipendente del C.N.V.V.F. o del Corpo Provinciale dei V.V.F. di Trento e proprio nucleo familiare
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il Pensionato del C.N.V.V.F. e del Corpo Provinciale dei V.V.F. di Trento / dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei V.V.F. del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

### Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo (casa) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

- Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento automaticamente assicurato con la polizza n. 263669400 e proprio nucleo familiare
- Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare aderente alla polizza n. 263669401
- Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare aderente alla polizza n. 263669401

### chiede di aderire alla copertura sanitaria volontaria

per se stesso

per se stesso e per il proprio nucleo familiare

Il sottoscritto dichiara di aver versato l'importo di € 450,00 per l'annualità 31/01/06 – 31/01/07 sul c/c postale n° 40007916 intestato alla Taverna PreviAss S.r.l. in data \_\_\_\_\_ di cui allega copia del bollettino.

**Tutta la modulistica (Modulo adesione, fronte e retro anche per la "Privacy" \*, copia bollettino) deve essere restituita compilata e sottoscritta entro il 30/06/2006 (ed anticipato a mezzo fax al numero 010.593967) alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1**

Data \_\_\_\_\_

Firma (richiedente) \_\_\_\_\_

*\*sul retro Modello "Privacy" (D.Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).*



## **Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A. (in seguito denominata Società) tratterà i dati personali contenuti nella presente adesione, o acquisiti in relazione al contratto di assicurazione retroindicato, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabile oppure, come nel caso di Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo e di Taverna PreviAss S.r.l. in qualità di Titolare autonomo di trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art.7 D. lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041.549.2599 - fax 041.549.2235). Il sito [www.generalis.it](http://www.generalis.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONIUGE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FIGLIO (\*)

\_\_\_\_\_

*(\*) In caso di minore apporre la firma del genitore*

# PROCEDURE LIQUIDATIVE

## A) STRUTTURE CONVENZIONATE

Nelle strutture convenzionate l'assistito non è tenuto ad alcun esborso salvi i limiti di polizza.

Per ricevere le prestazioni presentare:	Per ottenere la diaria:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• documento di identità;</li> <li>• prescrizione del medico.</li> </ul> <p>In caso di ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• firmare gli impegni da assumere;</li> <li>• firmare fatture o ricevute all'atto della dimissione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compilare e spedire il modulo di denuncia di sinistro e consenso Privacy</li> <li>• Allegare copia della cartella clinica conforme all'originale</li> </ul>

## B) STRUTTURE NON CONVENZIONATE E STRUTTURE PUBBLICHE

La documentazione sotto elencata consente il rimborso delle spese sostenute e il riconoscimento della Diaria. La Compagnia si riserva comunque la facoltà di chiedere ulteriore documentazione.

<b>RICOVERI E DAY HOSPITAL MEDICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;</li> <li>- prescrizione medica di ricovero in assenza di patologia conclamata che giustifichi il ricovero stesso</li> </ul>
<b>RICOVERI E DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;</li> <li>- prescrizione medica di ricovero in assenza di patologia conclamata che giustifichi il ricovero stesso;</li> <li>- le eventuali fatture di spesa, compresi i ticket, in originale (unire anche una fotocopia) per visite, accertamenti inerenti il ricovero, effettuate nei 45 giorni precedenti il ricovero stesso;</li> <li>- le eventuali fatture di spesa, compresi i ticket, in originale (unire anche una fotocopia) per visite, accertamenti ecc. inerenti il ricovero, effettuate nei 45 giorni successivi il ricovero stesso; le fatture devono essere inviate insieme alla cartella clinica</li> </ul>
<b>RIMBORSO SPESE ACCOMPAGNATORE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dichiarazione del medico curante che ne attesti la necessità;</li> <li>- fatture di spesa in originale (unire anche una fotocopia)</li> <li>- dichiarazione da parte dell'ospedale che attesti l'assenza di disponibilità in caso di spese di vitto e di pernottamento al di fuori della struttura ospedaliera.</li> </ul>
<b>MALATTIE ONCOLOGICHE O CARDIOVASCOLARI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;</li> <li>- certificato medico attestante la patologia per il rimborso delle fatture di spesa;</li> <li>- fatture di spesa in originale (unire anche una fotocopia);</li> <li>- farmaci: scontrino e fustella o scontrino, prescrizione medica e timbro della farmacia.</li> </ul>
<b>PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE</b>	<p>Per le fatture (non ticket) è necessario inviare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fattura di spesa in originale (unire anche una fotocopia);</li> <li>- relativa prescrizione medica indicante la patologia che ha reso necessaria la prestazione. Per i Ticket è necessario inviare:</li> <li>- fattura ticket in originale (unire anche una fotocopia);</li> <li>- relativa prescrizione medica o in alternativa il referto (nel caso in cui non fosse espressa chiaramente la prestazione diagnostica effettuata).</li> </ul>
<b>FISIOTERAPIA PER INFORTUNIO AL DI FUORI L'ATTIVITÀ LAVORATIVA</b>	<p>(rimborsabile solo se l'infortunio ha comportato una frattura ossea)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fatture in originale (unire anche una fotocopia) e relative prescrizioni mediche;</li> <li>- certificato del pronto soccorso o medico specialista.</li> </ul>

<p><b>FISIOTERAPIA PER INFORTUNIO IN SERVIZIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fatture in originale (unire anche una fotocopia) e relative prescrizioni mediche;</li> <li>- rapporto d'infornio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infornio e la parte del corpo lesa;</li> <li>- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando o dell'Ufficio di appartenenza attestante che l'infornio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infornio del Comando).</li> </ul>
<p><b>CHIRURGIA REFRAITIVA CORNEALE PER IL PERSONALE OPERATIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- certificato del Comando VVF o ufficio presso il quale il dipendente presta servizio che attesti la condizione del settore di appartenenza;</li> <li>- certificazione medica (al massimo di un anno anteriore alla data dell'intervento) rilasciata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica dal quale risulti che l'Assicurato, affetto da deficit dell'acuità visiva, necessita di intervento di chirurgia refrattiva corneale mediante laser ad eccimeri o laser in genere allo scopo di ottimizzare l'acutezza visiva;</li> <li>- fatture in originale (unire anche una fotocopia)</li> </ul>
<p><b>CHIRURGIA REFRAITIVA CORNEALE PER IL RESTANTE PERSONALE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- certificato del Comando VVF o ufficio presso il quale il dipendente presta servizio che attesti la condizione del settore di appartenenza;</li> <li>- certificazione medica (al massimo di un anno anteriore alla data dell'intervento) rilasciata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica dal quale risulti che l'Assicurato, affetto da deficit dell'acuità visiva, necessita di intervento di chirurgia refrattiva corneale mediante laser ad eccimeri o laser in genere per intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) o per impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali);</li> <li>- fatture in originale (unire anche fotocopia)</li> </ul>
<p><b>GRANDI USTIONI AVVELENAMENTI, INTOSSICAZIONI, SHOCK E TRAUMI ANCHE PSICHICI PERDITA UDITO/VISTA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;</li> <li>- fatture originali di spesa (unire anche fotocopia) corredate da prescrizione medica;</li> <li>- il rapporto d'infornio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infornio e la parte del corpo lesa;</li> <li>- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando attestante che l'infornio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infornio del Comando);</li> <li>- farmaci: scontrino e fustella o scontrino, prescrizione medica e timbro della farmacia.</li> </ul>
<p><b>RISCHIO NUCLEARE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fatture originali di spesa (unire anche fotocopia) corredate da prescrizione medica;</li> <li>- il rapporto d'infornio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infornio e la parte del corpo lesa;</li> <li>- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando attestante che l'infornio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infornio del Comando);</li> <li>- farmaci: scontrino e fustella o scontrino, prescrizione medica e timbro della farmacia.</li> </ul>
<p><b>TERAPIA IPERBARICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e completa di tutte le sue pagine;</li> <li>- fatture originali di spesa (unire anche fotocopia) corredate da prescrizione medica;</li> <li>- il rapporto d'infornio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infornio e la parte del corpo lesa;</li> <li>- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando attestante che l'infornio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infornio del Comando).</li> </ul>
<p><b>TRAUMI DENTARI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fatture in originale (unire anche fotocopia);</li> <li>- rapporto d'infornio del Comando VV.F. che descriva luogo e data dell'infornio e la parte del corpo lesa;</li> <li>- certificato del pronto soccorso con allegata una certificazione del Comando o dell'Ufficio di appartenenza attestante che l'infornio è avvenuto in servizio o in itinere (in mancanza del rapporto di infornio del Comando).</li> </ul>

## Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" n. 263669400 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il Dipendente del C.N.V.V.F. e del Corpo Provinciale dei V.V.F. di Trento

### Titolare

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo (casa) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Comando di appartenenza \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento  
 dal \_\_\_\_\_

### Coordinate bancarie del Titolare

Banca \_\_\_\_\_ Intestatario \_\_\_\_\_

ABI 

--	--	--	--	--

 CAB 

--	--	--	--	--

 C/C N. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Evento cui si riferisce il sinistro

Infortunio       Malattia       Parto       Accertamenti diagnostici/Visite specialistiche

Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_       N° ticket allegati \_\_\_\_\_

N° fatture allegate \_\_\_\_\_

**La richiesta di rimborso va presentata non oltre 1 anno dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r. Trascorso un anno, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).**

**Il presente modulo compilato e sottoscritto fronte e retro anche per la "Privacy"\* deve essere restituito alla Taverna PreviAss S.r.l. - Ufficio dedicato V.V.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*\*sul retro Modello "Privacy" (D.Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).*



## **Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A. (in seguito denominata Società) tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabile oppure, come nel caso di Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo e di Taverna PreviAss S.r.l. in qualità di Titolare autonomo di trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art.7 D. lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041.549.2599 - fax 041.549.2235). Il sito [www.generali.it](http://www.generali.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO (TITOLARE)

\_\_\_\_\_



## **Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A. (in seguito denominata Società) tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabile oppure, come nel caso di Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo e di Taverna PreviAss S.r.l. in qualità di Titolare autonomo di trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art.7 D. lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo. Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041.549.2599 - fax 041.549.2235). Il sito [www.generalis.it](http://www.generalis.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO (TITOLARE)

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FAMILIARE CHE PRESENTA DENUNCIA (\*)

\_\_\_\_\_

*(\*) In caso di minore apporre la firma del genitore*

**N.B.:** in caso di sinistro del familiare, oltre alla sua firma, deve essere apposta anche la firma del titolare (assicurato).

# CONDIZIONI DI POLIZZA N. 263669400

## DEFINIZIONI

### ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

### POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

### CONTRAENTE

L'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

### ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

### SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice.

### PREMIO

La somma dovuta alla Società.

### INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

### MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

### DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

### ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno

e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

### RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

### DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorchè non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

### INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione.

### SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

### INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day-Hospital.

### FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.

### SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

# CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

## Art. 1-Definizioni

Nel testo, la parola "Società" designa la Compagnia così come indicate nella sezione Definizioni, per "Contraente" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "Assicurato" il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione, ovvero il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

## Art. 2 - Assicurati

L'assicurazione è prestata a favore di tutto il personale in servizio del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di assistenza con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto con l'Amministrazione di appartenenza;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati. La garanzia comprende le prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza di malattia e/o infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza (od al successivo inserimento in garanzia).

## Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, purchè occorso durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

- Diaria Giornaliera per tutti i tipi di ricoveri in Istituto di Cura pubblico o privato, anche per parto cesareo o naturale.
- Prestazioni di alta specializzazione.
- Malattie oncologiche.
- Malattie cardiovascolari.
- Prevenzione.
- Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva.
- Garanzie aggiuntive, per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

## Art. 4 – Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero. Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

### Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società ricono-

sce una diaria giornaliera di € 90,00 .

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n.° 1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a €125,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei 45 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura. Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

### Art. 4.2 - Ricovero senza intervento chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 35,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

### Art. 5 - Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia
- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto (\*)
- Angio RMN anche con liquido di contrasto (\*)
- Scintigrafia (\*)
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea) (\*)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto (\*)
- Tomografia emissione positroni PET (\*)
- Mineralometria ossea computerizzata (\*)
- Ricerche genetiche per malformazioni:
  - amniocentesi
  - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma normale
- Elettrocardiogramma da sforzo
- Elettrocardiogramma Holter
- Ecografia prostatica transrettale (\*)
- Ecografia scrotale (\*)
- Ecografia transvaginale (\*)
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (\*)
- Ecografia della tiroide anche color Doppler (\*)
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler (\*)
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler (\*)
- Esame urodinamico completo
- Elettromiografia

(\*) compresa la visita specialistica relativa purchè l'esame di diagnostica per immagini e la visita siano effettuati, anche non contestualmente, presso strutture convenzionate. Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, ago-biopsia, biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici). La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 6.664,57 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile pari a € 25,00 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Le spese verranno rimborsate senza applicazione dello scoperto di cui sopra solamente se sostenute nel periodo dal 31/01/06 alla data di sottoscrizione del presente contratto.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

## Art. 6 - Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di € 15.420,00 per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici e/o di supporto psicologico su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequelle tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

## Art. 7 - Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomiche e fisiopatologiche
- ablazione transcateretere per la cura di aritmie, a cuore aperto o per via percutanea
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendoarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari viene assicurato un massimale per persona e per anno di € 15.420,00 per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

## **Art. 8 - Prevenzione**

La Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purchè eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa:

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata)
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;
- endoscopia digestiva:
- esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- rettosigmoidocoloscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- endoscopia respiratoria:
- rinoscopia;
- faringoscopia;
- laringoscopia;
- tracheoscopia;
- broncoscopia;
- endoscopia urinaria;
- haemocult (ricerca sangue nelle feci);
- esame citologico delle urine;
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione)

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici biopsie, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

## **Art. 9 – Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva.**

Limitatamente al Personale operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della funzionalità visiva allo scopo del mantenimento dei requisiti di acuità visiva previsti per l'idoneità al servizio di istituto certificata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica, nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Per il restante personale viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali).

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 1.275,00 per occhio per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

## **Art. 10 – Trasporto**

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", "Grandi ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

## **Art. 11 – Garanzie Aggiuntive**

La copertura comprende le seguenti garanzie aggiuntive operanti per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

Si precisa che il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, in regime di distacco sindacale di cui agli accordi collettivi in materia, nell'espletamento delle proprie attività sindacali, è considerato in servizio a tutti gli effetti.

### **Art. 11.1 – Terapia fisica e riabilitazione**

Nell'arco di validità contrattuale, per gli infortuni subiti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, , ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento o dal medico del comando di appartenenza purchè specialista in medicina dello sport, ortopedia, fisioterapia o traumatologia, viene garantito un massimale pari a € 1.300,00 per persona e per anno assicurativo per le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione necessarie, così come specificatamente indi-

cate da certificazione medica.

Nel caso in cui le prestazioni fisioterapiche rieducative vengano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la Società, il massimale previsto al presente articolo viene elevato a € 2.300,00.

Fermo restando i massimali sopra indicati, in caso di infortuni occorsi al di fuori dell'attività lavorativa, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento, che abbiano determinato fratture ossee, vengono riconosciute le prestazioni fisioterapiche rieducative necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica, eseguite nei 120 giorni successivi all'evento (data di infortunio).

#### **Art. 11.2 - Grandi Ustioni a seguito di infortunio.**

La Società garantisce il rimborso delle spese mediche che l'Assicurato debba affrontare a causa di incidenti occorsi durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il nove per cento della superficie corporea, ad eccezione delle ustioni di terzo grado che interessino il volto, le mani e gli arti superiori, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

Sono pertanto considerati in garanzia gli interventi chirurgici di plastica ricostruttiva, le spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive, farmaci, gli ausili ed i presidi sanitari, visite specialistiche ed altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa compresi i trattamenti fisioterapici, riabilitativi, psicoterapici e fango balneo terapeutici (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) o anche esclusivamente per la riparazione estetica.

Per tutto quanto sopra elencato viene previsto un massimale pari a € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### **Art. 11.3 - Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio.**

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, purché nell'arco della validità contrattuale, dai quali derivino avvelenamenti, intossicazioni da fumi, gas e vapori, shock e traumi anche psichici, certificate da un Pronto

Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di € 14.300,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici e/o di supporto psicologico su prescrizione del medico specialista psichiatra, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### **Art. 11.4 - Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio**

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, purché nell'arco della validità contrattuale, che causino la perdita dell'udito anche parziale (\*) e/o della vista anche monolaterale, certificata da un Pronto Soccorso, viene riconosciuto all'Assicurato un massimale di € 14.300,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi, gli ausili, i presidi sanitari e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

(\*) La perdita dell'udito dovrà essere corrispondente ai livelli stabiliti dal D.M. (Interno) del 05/02/02 che determinano l'idoneità incondizionata al servizio di Istituto.

I parametri di cui al D.M. indicato sono applicati anche al personale del settore amministrativo tecnico e informatico (S.A.T.I.).

#### **Art. 11.5 - Rischio nucleare**

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale,

l'Assicurato, nell'espletamento delle durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessità di cure inerenti, viene garantito un massimale di € 17.920,00 per persona e per anno assicurativo, per il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, gli ausili, i presidi sanitari ed altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio e della eventuale patologia correlata.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### **Art. 11.6 - Terapia iperbarica**

Nel caso in cui, nell'arco di validità contrattuale, l'operatore subacqueo in servizio venga colpito, per cause accidentali, da malattia da decompressione, che comporti un immediato ricovero e/o trattamento ambulatoriale compreso il regime di day hospital, la Società liquiderà le spese correlate per cure e/o terapie iperbariche sostenute durante il ricovero e le cure e/o terapie iperbariche di mantenimento, nel limite di € 12.750,00 per persona ed anno assicurativo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### **Art. 11.7 - Traumi dentari a seguito di infortunio**

Nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei

Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, certificati da un Pronto Soccorso, purché nell'arco della validità contrattuale, che comportino la necessità di cure dentarie ricostruttive comprese le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari, vengono rimborsate le spese sostenute nell'ambito di un massimale di € 10.000,00 per persona e per anno assicurativo.

#### **Art. 12 - Garanzie accessorie**

In Italia i seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di EUROP ASSITANCE telefonando al numero verde 800 90 46 04 dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 02 58245235

##### **a) Informazioni sanitarie telefoniche**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### **b) Pareri medici immediati**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

##### **c) Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

##### **d) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa di GGL fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

# CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

## Art.13 - Clausola di partecipazione agli utili

Trascorsi sei mesi dal termine dell'intero periodo assicurativo, inteso come data di cessazione del contratto, al fine di includere nel computo complessivo dei sinistri tutti quelli denunciati tardivamente, la Società redigerà un bilancio consuntivo della polizza nel quale verranno riportati:

- all'attivo: il 70% dei premi netti incassati per la quota di competenza
- al passivo: l'importo dei danni liquidati, l'importo dei danni pendenti o comunque in corso di liquidazione; il 2,5% della somma degli importi liquidati o riservati per spese di liquidazione.

Qualora il rapporto tra sinistri e premi sia inferiore al 100% il saldo attivo risultante tra la percentuale reale riscontrata ed il 100% verrà rimborsata nella misura del 60% alla Contraente.

Nel caso di saldo passivo nulla sarà dovuto alla Contraente.

## Art. 14 - Delimitazione dell'assicurazione

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
- le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "Traumi dentari" e salvo in caso di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto dagli artt. 4, 4-1, 4-2);
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi, anche psichici, a seguito di infortunio", "Grandi Ustioni a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di

esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "Rischio nucleare");

- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

## Art. 15 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Compagnia di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

## Art. 16 - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto.

Gli Assicurati ricoverati presso Istituti di Cura alla predetta data di decorrenza sono assicurati per i giorni di ricovero e per le spese, indennizzabili a termini di polizza, successivi all'effetto del presente contratto.

## Art. 17 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## Art. 18 - Denuncia dell'infortunio o della malattia alla Centrale Operativa

L'Assicurato o chi per esso per usufruire della struttura convenzionata dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di GGL al numero verde gratuito 800 90 48 68 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia

+ 39 02 58245240) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo 19.2.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 19.3.

## **Art 19 - Criteri di liquidazione**

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

### **19.1 - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero**

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 45 giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare direttamente alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

### **19.2 - Sinistri in strutture convenzionate con la Società**

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relati-

ve al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 19.3.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 19.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

### **19.3 - Sinistri in strutture non convenzionate con la Società**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

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

### **19.4 - Sinistri nel servizio sanitario nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in valuta italiana.

#### **Art. 20 - Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio di perfezionamento viene versato dalla Contraente entro 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 40° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Compagnia per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto.

#### **Art. 21 - Controversie**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### **Art. 22 - Foro competente**

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 21 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la Società Contraente.

#### **Art. 23 - Scadenza del contratto**

La durata del contratto è quadriennale con facoltà di disdetta alla scadenza del secondo anno da esercitarsi almeno 180 giorni prima tramite raccomandata A/R.

#### **Art. 24 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

#### **Art. 25 - Clausola Broker**

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del pre-

sente contratto alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dalla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo.

L'incasso dei premi di polizza verrà effettuato per il tramite della Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo che provvederà al versamento diretto alle Compagnie.

#### **Art. 26 - Imposte**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

#### **Art. 27 - Premio e regolazione**

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e frazionato in rate trimestrali.

Il premio è regolato alla fine di ciascun semestre secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni semestre la Contraente deve fornire alla Compagnia i dati necessari.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi a quello dell'emissione dell'appendice di regolazione relativa.

Se il Contraente non effettua in detti termini la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza dovuta, la Compagnia, dietro richiesta, può fissargli un ulteriore termine non superiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, se pagato, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione oppure il pagamento della differenza attiva. In tali casi la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente/Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per l'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della polizza.

Il premio minimo annuo stabilito in polizza viene calcolato sulla base di un numero minimo di 32.000 Assicurati per un premio lordo unitario di € 100,00.

La Contraente invierà il file relativo agli assicurati in servizio alla decorrenza del contratto ed alle scadenze successive (semestrali e di annualità).

Il mancato inserimento di nominativo nel suddetto file - a seguito di errore/dimenticanza da parte dell'Ufficio del personale competente - non costituirà impedimento alla copertura assicurativa del dipendente del Corpo Nazionale o del Comando Provinciale di Trento qualora per lo stesso venga fornita idonea certificazione di appartenenza al Corpo Nazionale o al Comando Provinciale di Trento (tramite dichiarazione della Contraente o del Comando di appartenenza).

La Contraente si impegna ad esibire alle persone incaricate dalla Società per l'effettuazione di accertamenti e controlli il Ruolo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi

compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, relativo al contratto posto in essere.

#### **Art. 28 – Inclusioni nel corso dell'anno**

Per i neoassunti si conviene tra le parti che la garanzia avrà effetto dal momento dell'assunzione nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

I relativi nominativi verranno comunicati in sede di regolazione premio.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nei primi due trimestri dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;

- se l'inclusione avviene nel terzo trimestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50% del premio annuo;

- se l'inclusione avviene nel quarto trimestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 25 % del premio annuo.

#### **Art. 29 - Associazione Temporanea di Impresa**

L'assicurazione è prestata in Associazione Temporanea di Impresa ai sensi dell'art. 11 del D. Lgs. n.157/1995 e successive modificazioni tra le seguenti compagnie:

1. Assicurazioni Generali S.p.A. – Agenzia Generale di

Roma – Capogruppo – quota di sottoscrizione 55%

2. Assitalia S.p.A. – Mandante – quota di sottoscrizione 45% come da atto stipulato e depositato presso lo Studio Notarile Associato Tuccari di Roma.

La Società Assicurazioni Generali S.p.A. – Agenzia Generale di Roma – in base al sopraccitato atto è autorizzata, in nome e per conto proprio e delle Mandanti, a:

- Stipulare con ogni più ampio potere e con promessa di rato valido, tutti gli atti contrattuali consequenziali e necessari per l'esecuzione e la gestione della copertura assicurativa;
- Rappresentare esclusivamente, ed anche processualmente, la ditta Mandante nei confronti dell'Assicurato per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dalla garanzia assicurativa, fino all'estinzione di ogni rapporto;
- Compiere in generale, nei confronti dell'Assicurato tutti gli atti e le operazioni di qualsiasi natura, anche se non specificati, comunque necessari ed opportuni per la copertura assicurativa e comunque da essa dipendenti.

Le imprese sopraccitate sono solidalmente responsabili nei confronti dell'Assicurato mentre conservano la propria autonomia ai fini degli adempimenti e degli oneri fiscali.

# CONDIZIONI DI POLIZZA N. 263669401

## DEFINIZIONI

### ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

### POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

### CONTRAENTE

l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

### ASSICURATO

Le persone nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

### NUCLEO FAMILIARE

Il coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dallo stato di famiglia.

### SOCIETA'

Compagnia Assicuratrice.

### PREMIO

La somma dovuta alla Società.

### INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

### MALATTIA

Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### MALFORMAZIONE

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

### DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

### ISTITUTO DI CURA

Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di Cura, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli

stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

### RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti pernottamento.

### DAY-HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, ancorchè non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.

### INTERVENTO CHIRURGICO

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione.

### SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

### INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### DIARIA GIORNALIERA

Indennizzo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day-Hospital.

### FRANCHIGIA

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.

### SCOPERTO

Percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

# CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Premesso che il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, è assicurato con la polizza n. 263669400 stipulata dall'Opera Nazionale di Assistenza per il rimborso delle spese sanitarie specificate dal contratto, la validità del presente contratto è subordinata alla sussistenza in vigore della polizza su indicata.

La copertura è operante per le prestazioni oggetto di assicurazione rese necessarie da situazioni patologiche insorte successivamente alla decorrenza dell'assicurazione. Sono escluse dalla garanzia le prestazioni rese necessarie da patologie preesistenti a tale data, fatto salvo le cure e gli interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite nei primi dodici mesi di vita del bambino neonato.

Al presente contratto possono aderire i soggetti indicati all'art. 2 Assicurati

## Art. 1 - Definizioni

Nel testo, la parola "Società" designa la Compagnia così come indicate nella sezione Definizioni, per "Contraente" si intende l'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, per "Assicurato" il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione

## Art. 2 - Assicurati

Sono assicurati con il presente contratto i soggetti che aderiscono compilando l'apposito modulo di adesione e versano un premio a proprio carico nei modi e termini indicati. Gli assicurati devono rientrare tra una delle seguenti tipologie:

- Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento;
- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare;
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare.

La validità della copertura assicurativa per ogni assicurato è subordinata a:

- appartenenza al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, del capo nucleo del nucleo familiare aderente;
- pensionamento dal Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, o dall'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso

- Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio nucleo familiare;
- appartenenza all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio nucleo familiare.

In caso di cessazione delle condizioni sopra indicate le garanzie del presente contratto cesseranno con effetto dalla prima scadenza anniversaria successiva.

## Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia ed infortunio, purchè occorso durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

- Diaria Giornaliera per tutti i tipi di ricoveri in Istituto di Cura pubblico o privato, anche per parto cesareo o naturale;
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Malattie oncologiche;
- Malattie cardiovascolari;
- Prevenzione (\*);
- Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva (\*).

(\*). *Prestazioni riservate al personale dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile*

## Art. 4 - Indennità di Ricovero Ospedaliero

Nel caso l'assicurato venga dimesso e nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero. Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

### Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 90,00.

In caso di ricovero a seguito di un "Grande Intervento Chirurgico", intendendosi per tali quelli da elenco allegato n.1, la diaria giornaliera corrisposta viene elevata a € 125,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo. Relativamente al parto cesareo ed alle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorre dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (a meno che

l'Assicurata, tramite anche esami ecografici, dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei 45 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura. Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### Art. 4.2 - Ricovero senza intervento chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 35,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto non cesareo.

Relativamente al parto non cesareo ed alle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorre dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (a meno che l'Assicurata, tramite anche esami ecografici, dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### Art. 5 - Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero:

- Chemioterapia
- Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico
- Elettroencefalografia

- Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto (\*)
- Angio RMN anche con liquido di contrasto (\*)
- Scintigrafia (\*)
- Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea) (\*)
- Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto (\*)
- Tomografia emissione positroni PET (\*)
- Mineralometria ossea computerizzata (\*)
- Ricerche genetiche per malformazioni:
  - amniocentesi
  - prelievo dei villi coriali
- Elettrocardiogramma normale
- Elettrocardiogramma da sforzo
- Elettrocardiogramma Holter
- Ecografia prostatica transrettale (\*)
- Ecografia scrotale (\*)
- Ecografia transvaginale (\*)
- Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (\*)
- Ecografia della tiroide anche color Doppler (\*)
- Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler (\*)
- Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler (\*)
- Esame urodinamico completo
- Elettromiografia

(\*) *Compresa la visita specialistica relativa purché l'esame di diagnostica per immagini e la visita siano effettuati, anche non contestualmente, presso strutture convenzionate. Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, Pap test e relativi esami citodiagnostici).*

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 6.664,57 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile pari a € 25,00 per ogni accertamento diagnostico od ogni ciclo di terapia.

Le spese verranno rimborsate senza applicazione dello scoperto di cui sopra solamente se sostenute nel periodo dal 31/01/06 alla data di sottoscrizione del presente contratto.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

## Art. 6 - Malattie oncologiche

Nel caso in cui all'Assicurato, durante la validità del contratto, venga diagnosticata una neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale, la Società riconosce un massimale di € 15.420,00 per persona e per anno assicurativo, per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, trattamenti psicoterapici e/o di supporto psicologico su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequelle tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

## Art. 7 - Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche
- ablazione transcateretere per la cura di aritmie, a cuore aperto o per via percutanea
- by pass aorto coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari viene assicurato un massimale per persona e per anno di € 15.420,00 per spese sostenute per intervento chirurgico e spese correlate, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, farmaci, protesi e altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia cardiovascolare.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

## Art. 8 - Prevenzione

Limitatamente al personale dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile la Società garantisce l'effettuazione delle prestazioni di seguito descritte, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa:

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età;
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata)
- esame di laboratorio P.S.A., eseguito una volta per anno assicurativo, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età;
- endoscopia digestiva:
- esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- endoscopia respiratoria:
- rinoscopia;
- faringoscopia;
- laringoscopia;
- tracheoscopia;
- broncoscopia;
- endoscopia urinaria;
- haemocult (ricerca sangue nelle feci);
- same citologico delle urine;
- TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione)

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici biopsie, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati)

## Art. 9 - Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva.

Limitatamente al personale dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile viene garantito il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali) nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 1.275,00 per occhio per il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accer-

tamenti strumentali necessari.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.582,28 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in istituto di cura, nel limite di € 70,00 al giorno.

In assenza di disponibilità ospedaliera la presente garanzia vale per le spese alberghiere fatturate all'accompagnatore.

#### **Art. 10 - Trasporto**

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

#### **Art. 11 - Garanzie accessorie**

In Italia i seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di EUROP ASSITANCE telefonando al numero verde 800 90 46 04 dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 02 58245235

#### **a) Informazioni sanitarie telefoniche**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

#### **b) Pareri medici immediati**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

#### **c) Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

#### **d) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa di GGL fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

# CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

## Art. 12 - Delimitazione dell'assicurazione

### Sono escluse dal rimborso le spese per:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite fatta eccezione per le cure e gli interventi chirurgici effettuati nei primi dodici mesi di vita del bambino neonato;
- le malattie che siano espressione di stati patologici insorti anteriormente alla data di stipulazione della polizza (malattie pregresse, croniche e/o recidivanti);
- il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.

### Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
- le cure dentarie e delle paradontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie salvo in caso di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto dagli artt. 4, 4-1, 4-2;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti ;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

## Art. 13 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Compagnia di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse veri-

ficare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

## Art. 14 - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto. Fatta eccezione per quanto previsto agli art. 4.1 e 4.2 relativamente al parto ed alle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

## Art. 15 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## Art. 16 - Denuncia dell'infortunio o della malattia alla Centrale Operativa

L'Assicurato o chi per esso per usufruire della struttura convenzionata dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di GGL al numero verde gratuito 800 90 48 68 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 02 58245240) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo 17.2.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 17.3.

## Art. 17 - Criteri di liquidazione

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per persona e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

## Art. 17.1 - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 45 giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare direttamente alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e di

ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, semprechè tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

#### **Art. 17.2 - Sinistri in strutture convenzionate con la Società**

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 17.3.

In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 17.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

#### **Art. 17.3 - Sinistri in strutture non convenzionate con la Società**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla Taverna Società per Azioni di Brokeraggio Assicurativo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di

prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, semprechè tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

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

#### **Art. 17.4 - Sinistri nel servizio sanitario nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 25 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, semprechè tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Il rimborso verrà corrisposto in Italia in valuta italiana.

#### **Art. 18 - Pagamento del premio - decorrenza dell'assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio di perfezionamento viene versato dalla Contraente entro 120 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Compagnia per il tramite del Broker a cui è affidato il contratto.

## **Art. 19 - Controversie**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il capoluogo della Regione dove dimora l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

## **Art. 20 - Foro competente**

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 19 è competente, a scelta della parte attrice, il Foro di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la Società Contraente.

## **Art. 21 - Scadenza del contratto**

La durata del contratto è quadriennale con facoltà di disdetta alla scadenza del secondo anno da esercitarsi almeno 180 giorni prima tramite raccomandata A/R fermo restando che la presente convenzione non potrà essere oggetto di disdetta disgiuntamente dalla polizza n. 263669400.

Il presente contratto è subordinato alla validità ed efficacia della polizza n. 263669400 di cui alla premessa. Pertanto nel caso in cui la validità ed efficacia venga a cessare per qualsiasi causa la presente polizza si risolverà di diritto a partire dalla prima scadenza anniversaria successiva.

## **Art. 22 - Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata.

## **Art. 23 - Clausola Broker**

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dalla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo.

L'incasso dei premi di polizza verrà effettuato per il tramite della Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo che provvederà al versamento diretto alle Compagnie.

## **Art. 24 - Imposte**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

## **Art. 25 - Inclusioni**

La garanzia assicurativa è valida per gli assicurati nominativamente indicati nel documento di polizza o appendice relativa.

Ai fini dell'operatività della garanzia gli Assicurati devono far pervenire, pena la decadenza del diritto, la scheda di adesione alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo entro il 30/06/06, contestualmente all'invio della documentazione comprovante il versamento del relativo premio, con decorrenza della garanzia dalla data di decorrenza del presente contratto fermo restando quanto indicato agli artt. 12 e 14.

Le richieste di inclusione di nuovi Assicurati in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti o trasferiti all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile.

In tali casi la scheda di adesione dovrà pervenire alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o trasferimento, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda fermo restando quanto indicato agli artt. 12 e 14.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50 % del premio annuo.

## **Art. 26 - Premio e regolazione**

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo di € 50,00 e verrà conguagliato sulla base del numero effettivo di adesioni pervenute. Entro 30 giorni dal termine previsto per le adesioni il broker provvederà all'invio dell'elenco complessivo dei nominativi assicurati. Il pagamento del premio avverrà entro i 30 giorni successivi l'emissione del documento relativo da parte della Compagnia.

Il premio è regolato alla fine di ciascun anno secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni anno il broker provvederà all'invio dell'elenco complessivo dei nominativi entrati in copertura in corso d'anno. Il pagamento

del premio avverrà entro i 30 giorni successivi l'emissione del documento di regolazione premio emesso dalla Compagnia.

Il premio unitario annuo di polizza deve intendersi il seguente per ogni categoria:

- Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
  - € 100,00 (coniuge)
  - € 100,00 (1° figlio)
  - € 80,00 (2° figlio)
  - € 70,00 (dal 3° figlio)
  
- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile € 100,00
  - proprio nucleo familiare
    - € 100,00 (coniuge)
    - € 100,00 (1° figlio)
    - € 80,00 (2° figlio)
    - € 70,00 (dal 3° figlio)
  
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile € 180,00
  - proprio nucleo familiare
    - € 190,00 (coniuge)
    - € 190,00 (1° figlio)
    - € 152,00 (2° figlio)
    - € 133,00 (dal 3° figlio)

#### **Art. 27 –Associazione Temporanea d'Impresa**

L'assicurazione è prestata in Associazione Temporanea di Impresa ai sensi dell'art. 11 del D. Lgs. n.157/1995 e successive modificazioni tra le seguenti compagnie:

1. Assicurazioni Generali S.p.A. – Agenzia Generale di Roma – Capogruppo – quota di sottoscrizione 55%
2. Assitalia S.p.A. – Mandante – quota di sottoscrizione 45% come da atto stipulato e depositato presso lo Studio Notarile Associato Tuccari di Roma.

La Società Assicurazioni Generali S.p.A. – Agenzia Generale di Roma – in base al sopraccitato atto è autorizzata, in nome e per conto proprio e delle Mandanti, a:

- Stipulare con ogni più ampio potere e con promessa di rato valido, tutti gli atti contrattuali consequenziali e necessari per l'esecuzione e la gestione della copertura assicurativa;
- Rappresentare esclusivamente, ed anche processualmente, la ditta Mandante nei confronti dell'Assicurato per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dalla garanzia assicurativa, fino all'estinzione di ogni rapporto;
- Compiere in generale, nei confronti dell'Assicurato tutti gli atti e le operazioni di qualsiasi natura, anche se non specificati, comunque necessari ed opportuni per la copertura assicurativa e comunque da essa dipendenti.

Le imprese sopraccitate sono solidalmente responsabili nei confronti dell'Assicurato mentre conservano la propria autonomia ai fini degli adempimenti e degli oneri fiscali.

# ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Relativo alle Polizze n. 263669400 e n. 263669401

## NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

## OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per distacco di retina

## OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

## CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

## CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

## CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

## CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

## UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

## GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio

## TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo

# CONDIZIONI DI POLIZZA N. 263669669

## 1. DEFINIZIONI

### **Assicurato**

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione: i DIPENDENTI della O.N.A. e i relativi nuclei familiari.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione.

### **Assistenza Infermieristica**

L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.

### **Contraente**

La O.N.A. Opera Naz. Ass. Vigili del Fuoco che stipula il contratto di assicurazione.

### **Day Hospital**

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

### **Franchigia**

Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### **Infortunio**

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

### **Intervento chirurgico ambulatoriale**

L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

### **Istituto di cura**

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

### **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **Malattia oncologica**

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

### **Nucleo familiare**

L'intero nucleo familiare composto da nucleo da stato di famiglia: coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia.

### **Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

### **Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

### **Ricovero**

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

### **Scoperto**

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

### **Sinistro**

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

### **Società**

Assicurazioni Generali S.p.A.

## 2. NORME COMUNI

### Art. 2.1 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno 31.01.2006 se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

### Art. 2.2 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della data di scadenza, il contratto è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

### Art. 2.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

### Art. 2.4 - Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

### Art. 2.5 - Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

## 3. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 3.1 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### Art. 3.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

### Art. 3.3 - Limiti di età – Permanenza in assicurazione

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Per quelle che superano tale limite di età l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con il Contraente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

### Art. 3.4 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) le cure e gli interventi inerenti le malattie pregresse;
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- g) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- h) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- j) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;

- k) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio o malattia;
- l) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, gli interventi preprotesi e di implantologia;
- m) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- n) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

#### **4. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO**

##### **Art. 4.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa;
- 2) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

##### **Art. 4.2 - Criteri di liquidazione**

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione degli originali delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

##### **Art. 4.3 - Controversie**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso con-

trario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra 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 esser 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

##### **Art. 4.4 - Documentazione fiscale – Rimborso da enti**

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti enti.

La Società restituisce all'Assicurato le notule, distinte, fatture e ricevute relative ai pagamenti effettuati.

##### **Art. 4.5 - Somme assicurate – scoperto e franchigia**

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato in polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

##### **Art. 4.6 - Rete convenzionata**

Le Assicurazioni Generali, in collaborazione con GGL, hanno studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono ricoverarsi con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

## 5. GARANZIE

### Art. 5.1 - Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese sostenute:

A) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio per:

- onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero.

In caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa le spese sopra indicate fino a concorrenza del limite di € 7.500 per annualità assicurativa.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 1.600.

B) in caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico per:

- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di 250;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per ricovero.

C) in caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 2.600 per annualità assicurativa, per:

- onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza della somma di € 100.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare, con applicazione di uno scoperto del 10%, con il minimo di € 500,00 ed il massimo di € 2.500,00, nel caso di Ricovero Fuori Rete.

### Art. 5.2 - Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

### Art. 5.3 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addomino-perineale
- Operazione per megacolon
- Proctectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- 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
  - \* Finestra aorto-polmonare
  - \* Correzione di:
    - ventricolo unico
    - ventricolo destro a doppia uscita
    - truncus arteriosus
    - coartazioni aortiche di tipo fetale
    - coartazioni aortiche multiple o molto estese
    - stenosi aortiche infundibulari
    - stenosi aortiche sopravvalvolari
    - trilogia di Fallot
    - tetralogia di Fallot
    - atresia della tricuspid
    - pervietà interventricolare ipertesa
    - pervietà interventricolare con "debanding"
    - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
  - \* Sostituzioni valvolari multiple
  - \* By-pass aortocoronarici 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
  - \* Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- 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)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonia
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileouretra-nastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori

maligni per via addominale

- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti

## 6. CLAUSOLE SPECIALI

Regolazione del premio

Il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni unità assicurata (persona o nucleo familiare) è stabilito nella misura di € 450,00; il Contraente al perfezionamento dell'assicurazione si impegna pertanto a pagare il premio sulla base del numero di unità assicurate.

Entro il 30° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa il Contraente si impegna a comunicare:

- relativamente alla nuova annualità assicurativa, l'effettivo numero iniziale di unità assicurate (persone o nuclei familiari) affinché la Società possa determinare il premio che il Contraente dovrà anticipare anche in qualità di premio minimo;

A seguito di tali comunicazioni la Società notificherà al Contraente gli importi dovuti che dovranno essere pagati entro 30 giorni dalla notifica stessa.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti il premio da anticipare in via provvisoria per la nuova annualità sarà pari a quanto anticipato per l'annualità trascorsa e sarà considerato in

conto od a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali. Di conseguenza la Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri paga.

### Clausola broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Spettabile TAVERNA S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo: di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Spettabile TAVERNA S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo, la quale tratterà con l'impresa assicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna l'impresa dopo la firma dell'atto relativo.