

**SISCOS - POLIZZA MALATTIA ASSITALIA N. 50/59/415277  
PER OPERATORI DEGLI ORGANISMI  
Aggiornamento dell'01/07/2012**

\*\*\*\*\*

**DEFINIZIONI**

Alle seguenti denominazioni le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato : Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione : Contratto di assicurazione.

Contraente : Soggetto che stipula l'assicurazione.

Franchigia : La parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo : La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio : Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura : Struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata al ricovero dei malati, ai sensi delle leggi o di altre Norme emanate dallo Stato in cui ha sede la struttura.

Malattia : Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza : Documento che prova l'assicurazione.

Premio : Somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero : Degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura (pubblico o privato).

Rischio : Possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Sinistro : Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione.

Società : Impresa assicuratrice.

Stato patologico : Ogni alterazione dello stato di salute conseguente ad infortunio o malattia.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### **Norma 01 Altre assicurazioni**

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rimborso di spese di cura per malattia e/o infortunio. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

### **Norma 02 Pagamento del premio**

Ai sensi dell'art. 1901 Cod. Civ l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non sono stati pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

### **Norma 03 Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **Norma 04 Recesso in caso di sinistro e anticipata risoluzione del contratto**

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può far cessare l'assicurazione con preavviso di 15 giorni. In tal caso la Società rimborsa il premio in proporzione al tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso.

La facoltà di recesso non può essere esercitata nei confronti dei singoli Assicurati.

### **Norma 05 Durata del contratto**

Il presente contratto, fermo il disposto della Norma 04 (Recesso in caso di sinistro) è stipulato per la durata di un anno.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno un mese prima della scadenza, la polizza è rinnovata per una durata uguale a quella originaria e così successivamente di anno in anno.

### **Norma 06 Oneri fiscali**

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

### **Norma 07 Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia alla quale è assegnata la polizza.

### **Norma 08 Rinvio alle Norme di legge**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le Norme di legge.

### **Norma 9 Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DEL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DA MALATTIA O DA INFORTUNIO

La presente copertura assicurativa riguarda il rimborso delle spese sostenute dagli Operatori degli organismi di cooperazione e loro familiari durante il loro servizio.

La garanzia comprende anche le malattie pregresse e/o preesistenti nonché il parto.

Le prestazioni sanitarie garantite sono le seguenti:

### **ART.1) - SPESE SOSTENUTE IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, PUBBLICO O PRIVATO OD IN AMBULATORIO**

La Società rimborsa a ciascun Operatore degli organismi di cooperazione ed ai loro familiari a carico, fino alla concorrenza del massimale assicurato di

**€ 26.000,00**

per persona e per anno assicurativo:

A) Tutte le spese di carattere sanitario, sostenute durante il ricovero in Istituto di Cura, pubblico o privato, abbia luogo o meno intervento chirurgico, nonché la spese sanitarie relative all'intervento chirurgico ambulatoriale.

La garanzia è estesa al trattamento terapeutico, da qualsiasi causa determinato, praticato in regime di ricovero ai neonati nei primi 30 giorni di vita, sempreché la madre sia assicurata al momento del parto.

B) Tutte le spese di carattere sanitario sostenute nei 300 giorni precedenti e nei 300 giorni susseguenti il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale. In ogni caso l'assicurazione non è operante per le spese sostenute prima della data di decorrenza della assicurazione e per quelle sostenute in data successiva alla cessazione della presente copertura assicurativa.

C) Le spese di trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo per raggiungere il luogo di ricovero e cura e per il ritorno al proprio domicilio.

### **D) SPESE DI VIAGGIO**

Nei limiti del massimale suddetto, sono compresi anche i rimborsi delle spese che gli Assicurati dovessero sostenere in caso di gravi situazioni patologiche conseguenti ad infortunio o malattia e per urgenti motivazioni di cura, comprovata da certificazione sanitaria, per viaggi con qualsiasi mezzo, sino al raggiungimento della destinazione scelta per effettuare le cure o gli interventi. Il rimborso delle spese è per altro previsto anche nel caso in cui si rendessero necessari ulteriori successivi spostamenti del malato in altri Istituti di Cura.

Tale rimborso spese varrà anche per l'assistenza durante il viaggio da parte di persona idonea ad effettuare l'assistenza stessa e per gli strumenti medici allo scopo indispensabili; comprenderà altresì le spese di rientro nei paesi di provenienza (cioè quelli nei quali viene effettuato il Servizio) sia per l'Assicurato che per l'accompagnatore.

I rimborsi verranno comunque effettuati sempreché la certificazione sanitaria che ne ha motivato il rientro sia autenticata dalla Rappresentanza diplomatica o consolare in loco.

Qualora l'Assicurato usufruisca di altre coperture di assistenza fornite da altra Compagnia o Ente, non sarà necessaria l'autenticazione da parte della Rappresentanza diplomatica o consolare in loco, ma sarà sufficiente copia dei documenti consegnati alla struttura di primo intervento integrata da documentazione comprovante la quota di spesa già erogata.

In ogni caso, per la stessa situazione patologica, non potrà essere rimborsato più di un viaggio per anno assicurativo.

### **E) SPESE SOSTENUTE INDIPENDENTEMENTE DAL RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA**

In aggiunta al massimale di €. 26.000,00 di cui in premessa, la Società rimborsa a ciascun Assicurato, nei limiti sotto descritti:

- 1) spese farmaceutiche a domicilio, compresi i medicinali omeopatici e comprese spese di invio nel caso in cui i medicinali non fossero reperibili in loco: € 600,00 per anno assicurativo  
vengono inoltre garantite le spese per l'acquisto di tutori, protesi artificiali, collare di Schantz, le spese per il noleggio di carrozzine ortopediche, nonché le spese di spedizione.
- 2) spese mediche di cura, comprese cure omeopatiche: € 2.000,00 per anno assicurativo
- 3) spese dentarie, incluse le protesi e gli apparecchi ortodontici: € 500,00 per anno assicurativo
- 4) spese per controlli di gravidanza: € 1.500,00 per anno assicurativo
- 5) spese per parto in casa: € 600,00 per anno assicurativo

Le limitazioni di cui ai punti 1 e 2 della lettera E) non sono operanti nei confronti degli Assicurati affetti da malattie di lunga durata comprovata da certificazione sanitaria e comunque entro il limite del massimale di €. 26.000,00.

Agli effetti del rimborso delle spese di cui ai precedenti punti, deve restare convenuto fra le Parti che sarà dato corso al rimborso stesso solo nei casi in cui le spese siano state sostenute dagli Assicurati per prestazioni mediche, per forniture di medicinali, ecc. , rese da persone estranee al rapporto assicurativo della polizza.

### **ART. 2) - ESTENSIONI DI GARANZIA**

La copertura assicurativa di cui all'art. 1 viene estesa anche dopo il rientro nel Paese di provenienza dell'Assicurato al termine della missione, per una durata pari a quella della missione e comunque per un periodo minimo di 30 giorni ed un massimo di 90 a decorrere dalla data del termine della missione, sempreché le spese mediche siano rese necessarie da malattie contratte e/o infortuni occorsi in servizio.

La garanzia è estesa al trattamento terapeutico, da qualsiasi causa determinato, praticato in regime di

ricovero ai neonati nei primi 30 giorni di vita, sempreché la madre sia assicurata al momento del parto.

Per dette prestazioni la copertura viene prestata con il limite totale massimo di € 2.000,00 in aggiunta ai massimali indicati all'art. 1; per le spese di cui ai punti E 1 - E 3 - E 5 viene stabilito un limite complessivo di € 500,00 da intendersi come sottolimito del suindicato massimale di euro 2.000,00.

### **ART. 3) - LIMITAZIONI DI GARANZIA**

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, o ad uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- b) applicazioni di carattere estetico;
- c) spese di natura alberghiera.

### **ART. 4) - PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicomanie e l'assicurazione cessa dopo il loro manifestarsi. Per le persone affette da sopravvenuta infermità mentale, l'assicurazione copre le sole spese relative alla prima manifestazione della malattia.

### **ART. 5) - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Ferma la scadenza originale del contratto la presente variazione decorre dalla ore 24.00 del 30/06/2012.

Il premio pro capite, comprensivo di accessori e tasse è fissato in €. 200,00 annue.

Il premio per mese o frazione di mese, comprensivo di accessori e tasse, è fissato in €. 20,00

Al perfezionamento della presente polizza la Contraente versa un premio di €. 5.000,00

Per la identificazione delle persone assicurate, per la decorrenza della garanzia nei confronti dei singoli Assicurati e per la determinazione dei premi (periodi di assicurazione), varrà l'elenco rimesso dalla Contraente alla Assitalia - Agenzia Generale di Milano – viale della Liberazione nr. 16 -20124 Milano.

Alla fine di ogni trimestre assicurativo, in relazione alle missioni che si sono verificate ed alla loro durata, si procederà alla determinazione del premio mediante emissione di appendice di regolazione.

La Contraente si impegna a versare entro il termine improrogabile di giorni sessanta il saldo risultante dalla predetta appendice, essendo fin da ora stabilito ed accettato che il mancato rispetto dei termini di cui sopra comporta l'automatica cessazione delle garanzie di polizza.

### **ART. 6) - DENUNCIA DELLA MALATTIA O DELL'INFORTUNIO**

In caso di malattia o di infortunio che comporti, a termini della presente polizza, rimborso delle spese di cui all'Art. 1), lettere A)-B)-C)-D)-E), l'Assicurato deve dare comunicazione nel più breve tempo possibile e, comunque, non oltre 180 giorni dall'evento.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa di ogni altro documento attinente al caso denunciato (certificato medico, prescrizioni, certificazione richiesta per il caso di malattia di lunga durata e per il rimborso per le spese di viaggio).

### **ART. 7) - CRITERI DI LIQUIDAZIONE**

La Società effettua il pagamento per il tramite della SISCOS, che a tale effetto deve essere appositamente delegata dall'Operatore interessato, di quanto dovuto all'Assicurato a termini della presente polizza su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi per la liquidazione dei rimborsi.

Le fatture e notule di spesa devono essere debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Per le spese sostenute all'Estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio del mese in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell' Ufficio Italiano

Cambi da prendersi a cura della Contraente.

**ART. 8) - PROROGA PAGAMENTO PREMI**

A parziale deroga di quanto previsto dall'Articolo 1901 del Codice Civile la Società prende atto che il termine per il pagamento dei premi viene elevato a 60 giorni.

**ART. 9) - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ**

Si conviene fra le parti che tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto possono avvenire tramite il Broker Janua Broker Spa – Via G. Parini, 7 - 20121 Milano Tel. 02.33.00.26.69 - fax 02.39.21.46.32 e-mail milano@januabroker.it al quale è assegnata la presente polizza.

La Compagnia

~~INA ASSITALIA S.p.A.  
AGENZIA GENERALE DI MILANO~~

Il Contraente

**SISCOS** Servizi per la  
Cooperazione Int.le  
Via Giovanni Devoti, 16 - 00167 Roma