

POLIZZA SANITARIA FACI DIACONI 2022



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
A FAVORE DEI DIACONI ASSOCIATI ALLA F.A.C.I.
(Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia)

SET INFORMATIVO

Il presente Set Informativo contiene:

- il Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni) •
- il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)
- le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app   

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

Polizza Sanitaria



Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A

Prodotto: "FACI DIACONI 2022"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti
Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela i Diaconi Associati alla Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia e i loro familiari.



Che cosa è assicurato?

La Società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate/massimali indicati nella scheda di polizza.

Ricovero: rimborso delle spese conseguenti a ricovero, anche in regime di day hospital, per intervento chirurgico. Si intendono comprese: le spese di soggiorno; le spese infermieristiche; i costi di utilizzo della sala operatoria; i costi di esami di laboratorio e/o radiologici; gli onorari dei medici; le spese per medicinali e medicazioni; il costo di apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento.

Si intendono inoltre compresi in garanzia:

- Il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero, se connesse al ricovero stesso, conseguenti ad esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali;
- Le spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti l'intervento.

Prestazioni extra ospedaliere: La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali o in regime di day-hospital, prescritte dal medico curante per interventi chirurgici; analisi, terapie e trattamenti medici (limitatamente a: ecografia; tac; elettrocardiografia; doppler; holter cardiaco e pressorio; diagnostica radiologica; elettroencefalografia; risonanze magnetiche nucleari; scintigrafia; cobaltoterapia; chemioterapia; laserterapia; telecuore; dialisi; litotrissia; elettromiografia); indagini endoscopiche; indagini computerizzate (limitatamente a: quelle del campo visivo; topografia corneale; pachimetria; mineralometria ossea)



Che cosa non è assicurato?

Principali rischi esclusi:

- * **Tutte le coperture:** malattie mentali; gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato; gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni; le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche; le conseguenze di guerra; le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari; le conseguenze di risse
- * **Ricovero:** le spese di conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura; spese non direttamente correlate all'intervento.



Ci sono limitazioni alla copertura?

Limitazioni di garanzia delle Sezioni:

- ! Esistono inoltre limiti di indennizzo, franchigie, scoperti specifici per singole garanzie e tipologia di beni / eventi assicurati.
- ! le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio
- ! le protesi dentarie
- ! Per ciascuna garanzia sono stabilite specifiche esclusioni.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

L'assicurazione vale per il mondo intero



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché l'annullamento dell'assicurazione. Tuttavia, quelle rese dal Contraente all'atto della stipulazione della polizza, così come la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti il rischio, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo o risarcimento né riduzione dello stesso, purché tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio e l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.



Quando e come devo pagare?

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società alle scadenze pattuite. Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

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



Quando inizia e quando finisce la copertura?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento del premio scaduto.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto è stipulato senza tacito rinnovo, cessa il suo effetto senza necessità di alcuna comunicazione il 31 dicembre 2022

Polizza Sanitaria

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Società: Società Cattolica Assicurazione

Prodotto: Polizza sanitaria per FACI DIACONI 2022

Data di Realizzazione 12/2021 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

1

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE – S.p.A., Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n° 019.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 1.996 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.307,4 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.017 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 528,2 milioni di euro;

dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari 2.206,5 milioni di euro (b)

- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 1.449 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,88 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: <https://www.cattolica.it/ir>.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle diverse coperture.

L'Impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente e dei limiti di indennizzo/risarcimento indicati nella scheda di polizza e/o nelle Condizioni di Assicurazione. **Esempio:** le prestazioni infermieristiche saranno rimborsabili fino alla concorrenza di un massimale di € 5.165



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

La garanzia non è operante per

- le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
- le protesi dentarie, le cure dentarie e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro sessanta giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art.1915 del codice civile. L'Assicurato inoltre:

- in caso di infortunio che comporti ricovero ospedaliero deve comunicare la data dell'infortunio, il luogo dell'accadimento e le relative circostanze e, laddove possibile i nomi degli eventuali testimoni ed autorità intervenute;
- in caso di ricovero e, se possibile, prima del suo ingresso nell'Istituto di cura, deve informare la Società tramite questionario all'uopo predisposto;

Assistenza diretta/in convenzione:

È previsto un network di Istituti di cura convenzionati. Il ricorso ad uno dei suddetti Istituti prevede il pagamento diretto delle prestazioni da parte della Società.

L'Assicurato, o i suoi familiari, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Salute: dall'Italia al numero verde 800 572 572; dall'estero al numero 02 24 128 570; (dalle ore 8.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì - dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato); indicando la prestazione di cui intende usufruire.

È inoltre disponibile un portale web al seguente link: salute.gruppocattolica.it

In alternativa, i Clienti avranno a disposizione i canali:

- e-mail: centrale.salute@aon.it
- posta: Aon Advisory And Solutions Srl, Via Calindri 6 - 20143 Milano

Gestione da parte di altre imprese:

Non presente

Prescrizione:

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda

Cosa fare in caso di sinistro?**Dichiarazioni inesatte o reticenti**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Obblighi dell'impresa	Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvederà al pagamento del sinistro.
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Rimborso	A seguito di recesso dal contratto, se non con effetto dalla scadenza di una rata di premio, si farà luogo al rimborso al Contraente del premio annuo pagato e non goduto, tranne le imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



A chi è rivolto questo prodotto?

Ai Diaconi iscritti alla FACI.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	0,0 %
----------------	-------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – S.p.A. Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n°16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente, numero di polizza e nominativo del Contraente, numero e data del sinistro, indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. La Società invierà risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale</i>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><u>Arbitrato medico:</u> - In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società, l'Assicurato e/o il Contraente si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico</p> <p><u>Liti transfrontaliere</u> Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

POLIZZA SANITARIA FACI DIACONI 2022

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
A FAVORE DEI DIACONI ASSOCIATI ALLA F.A.C.I.
(Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia)



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione (MOD. DIAFACI 2 - ED. 12/2021) sono parte integrante del Set Informativo, unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni
(MOD. DIAFACI DIP - ED. 12/2021)
- il DIP Aggiuntivo Danni
(MOD. DIAFACI DIP AGG - ED. 12/2021) e sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app   



PRONTI
ALLA
CHIAREZZA

CONVENZIONI GRAFICHE APPLICATE NEI TESTI

- titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi: **MAIUSCOLO**
- punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento: **grassetto**
- specifiche, richiami a norme o articoli: *corsivo*

ELEMENTI DI ATTENZIONE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA



informazione importante: le cose chiave e utili da sapere



focus: approfondimenti, specifiche, casi, esempi...



cosa fare: istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di...

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA	4
--------------------------------	---

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	7
---------------------------------------------------------	---

OGGETTO ASSICURATO

COSA È ASSICURATO	9
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	10
COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	11

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO “COSA FARE IN CASO DI...”

COSA FARE IN CASO DI	12
----------------------	----

GLOSSARIO

GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste condizioni di polizza, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Ti guideranno nella comprensione di ciò che hai acquistato: per avere certezze e fugare ogni dubbio.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

C

Centrale operativa

La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Welion S.c.a.r.l., provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio

D

Day – Hospital

Degenza senza pernottamenti in Istituti di cura pubblici o privati.

G

Generali Welion S.c.a.r.l.

GENERALI WELION S.C.A.R.L., con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale 10.000,00 euro, interamente versato, iscritta al registro imprese Venezia Giulia con partita iva no.01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A..

I

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.

L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n.209).

Istituito con la Legge n° 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

P

Polizza

Il documento che comprova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Protesi

Artificio tecnico che ha lo scopo di sostituire la funzione di un organo o di migliorarne le prestazioni

R

Ricovero o Degenza

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

S

Scoperto

La parte di danno espressa in misura percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Società o Compagnia

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Cattolica Assicurazioni S.p.A.

Struttura Organizzativa

La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Generali Welion S.c.a.r.l., provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 del codice civile.

ART. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

Eventuali rimborsi percepiti dall'Assicurato in virtù di altre polizze, anche se da lui non sottoscritte e/o pagate direttamente, non saranno presi in considerazione dalla Società.

ART. 3 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le variazioni nel numero delle persone assicurate, con le modalità descritte nelle presenti condizioni. Nel caso di variazioni comportanti aumento di premio, il Contraente si impegna a corrispondere il relativo importo entro i 15 giorni dalla data di presentazione dell'appendice che verrà emessa dalla Società con l'applicazione, in difetto dell'art.1901 C.C. Nel caso di variazione comportante diminuzione di rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o Assicurato, ai sensi dell'art.1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 5 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 del codice civile.

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

Il pagamento del premio può essere effettuato scegliendo fra:

assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;

ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società, o altri metodi di pagamento elettronico; contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

ART. 6 ONERI FISCALI

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

ART. 7 FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

OGGETTO ASSICURATO

1 – COSA È ASSICURATO

ART. 9 PERSONE ASSICURATE E GARANZIE PRESTATE

D'accordo tra le parti si conviene che la copertura assicurativa prevista dalle condizioni di polizza vale esclusivamente per:

- i DIACONI associati alla FACI
- le persone facenti parte del nucleo familiare dei DIACONI associati alla FACI, come da certificato di stato famiglia

riportati nell'elenco che verrà fornito dal contraente entro il 25/02/2022. Le modifiche, conseguenti all'inserimento di nuovi associati, segnalate nel corso dell'annualità assicurativa saranno oggetto di successiva regolazione. A favore di tali Assicurati la garanzia vale per le sole prestazioni previste dall'art.10 punti 1 e 2 delle norme che regolano l'assicurazione sanitaria, nonché alle condizioni tutte della normativa di polizza, salvo quanto di seguito precisato. La garanzia s'intende operante anche per i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra ospedaliere determinate da infortunio o malattia anche se conseguenti a situazioni patologiche insorte anteriormente all'adesione al presente contratto, sempreché non si tratti di situazioni in corso o già diagnosticate al momento dell'adesione al contratto medesimo. La garanzia non è operante per le persone che abbiano superato il 75° anno di età, tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

ART. 10 OGGETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha per oggetto il rimborso, nei limiti che seguono, delle spese conseguenti a ricovero per intervento chirurgico, ricovero per cure mediche, prestazioni extra ospedaliere ambulatoriali elencate al successivo paragrafo 2.

1. RICOVERO

1.1) La Società risponde delle spese di ricovero reso necessario da malattia o infortunio.

Le spese di ricovero, comprendono, tra le altre, le spese di soggiorno, infermieristiche, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici, e le spese per medicinali e medicazioni, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento **con esclusione delle spese connesse al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura.**

La garanzia si estende altresì alle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di cura e alle spese del viaggio di ritorno a mezzo ambulanza (del malato o della persona deceduta), se l'Assicurato, a causa del suo stato di salute, è impedito di spostarsi con i mezzi di trasporto pubblico.

1.2) S'intende inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi a ricovero e a day-hospital con intervento chirurgico, **sempreché strettamente connesse alla patologia che ha causato il ricovero o il day-hospital stesso**, conseguenti ad esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera). **Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali. Relativamente a tali spese il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di euro 5.165 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.**

1.3) È compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti l'intervento chirurgico, anche ambulatoriale, **sempreché strettamente connesse e propedeutiche all'intervento chirurgico stesso. Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali.** Relativamente a tali spese il

rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di euro 5.165 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'assicurato.



2. PRESTAZIONI EXTRA – OSPEDALIERE

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali prescritti dal medico curante per:

- interventi chirurgici;
- analisi, terapie e trattamenti medici limitatamente a quelli di seguito elencati: ecografia - tac - elettrocardiografia - doppler - diagnostica radiologica - elettroencefalografia - risonanze magnetica nucleare - scintigrafia - cobaltoterapia - chemioterapia - laserterapia - telecuore – dialisi – litotrixxia – elettromiografia;
- indagini endoscopiche;
- indagini computerizzate limitatamente a quelle di seguito elencate:
del campo visivo – topografia corneale – pachimetria – mineralometria ossea

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'Assicurato.

2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 11 DATA DI EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha una durata di mesi dodici (12) e si conclude alle ore 24.00 del 31 dicembre senza obbligo di disdetta.

ART. 12 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida per il mondo intero.

ART. 13 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che, nel caso in cui l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art.1916 del codice civile.

ART. 14 EFFETTO, VALIDITÀ E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute in data posteriore a quella di effetto del presente contratto ma prima della cessazione del contratto stesso, anche se relative a ricoveri o a stati di deperimento organico verificatasi in un periodo precedente.

Alla data di inizio del contratto, il Contraente trasmetterà alla Società l'elenco nominativo degli Assicurati, la loro data di nascita e indirizzo.

Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute (art. 4 Variazioni del rischio).

3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 15 LIMITAZIONI E RISCHI ESCLUSI

LA GARANZIA NON È OPERANTE PER:

- 1. le malattie mentali puramente psichiche e funzionali (si intendono, pertanto, comprese le manifestazioni secondarie a malattie organiche quali l'arteriosclerosi e similari);**
- 2. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (sono compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);**
- 3. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni;**
4. le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
5. le protesi dentarie, le cure dentarie e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
6. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici, ecc.);
7. le conseguenze di guerra;
8. le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari qualora, prendendone parte, l'Assicurato abbia infranto le leggi in vigore;
9. le conseguenze di risse, salvo il caso di legittima difesa.

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI”

TANTE
SCELTE,
QUALI
DOVERI?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO:

- SUBITO
- DOPO
- DA SOLI
- CON L'AGENTE

ART. 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

IN CASO DI SINISTRO IL CONTRAENTE O L'ASSICURATO DEVONO:



RIMBORSO

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro sessanta giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art.1915 del codice civile.

L'Assicurato inoltre:

- a) in caso di infortunio che comporti ricovero ospedaliero deve comunicare la data dell'infortunio, il luogo dell'accadimento e le relative circostanze e, laddove possibile i nomi degli eventuali testimoni ed autorità intervenute;
- b) in caso di ricovero e, se possibile, prima del suo ingresso nell'Istituto di cura, deve informare la Società.

In tutti i casi la Società si riserva il diritto di pretendere che l'Assicurato produca le informazioni concernenti l'infortunio o la malattia ed il trattamento terapeutico prescritto. Le informazioni riservate possono essere inviate con plico sigillato direttamente al medico indicato dalla Società. La Società può ugualmente, a proprie spese, far sottoporre a visita medica l'Assicurato tramite un medico di proprio gradimento e/o richiedere all'Istituto di cura la documentazione medica ritenuta necessaria.

L'Assicurato è comunque obbligato a sottoporsi alla suddetta visita medico-legale ed agli esami connessi sotto pena della decadenza della garanzia, ma può richiedere la presenza del proprio medico curante.

Qualora ne ricorra l'esigenza, la Società potrà richiedere all'Assicurato di produrre copia della cartella clinica o di altra documentazione medica rilasciata dall'Istituto di cura.

La richiesta di rimborso relativa al presente contratto non potrà essere evasa dalla Società qualora la domanda stessa sia stata fatta a distanza di oltre due anni dalla data del sinistro.

Il pagamento delle somme dovuto all'Assicurato verrà effettuato tramite il Contraente, che rilascerà quietanza degli importi ricevuti, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di quest'ultima.

La Società, fatta salva l'ipotesi di richiesta dell'interessato prevista all'art. 18 "Criteri di liquidazione", conserva definitivamente i dossier e le note che le sono state trasmesse.



PAGAMENTO DIRETTO - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI

L'Assicurato, o i suoi familiari, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Salute indicando la prestazione di cui intende usufruire:



*in alternativa o dall'estero il cliente potrà contattare l'operatore al numero
+ 39 02 24128570*

(costo della chiamata a carico del cliente in base alle tariffe dell'operatore telefonico utilizzato)

Il servizio è attivo nelle seguenti fasce orarie (eccetto festivi):

- Dal Lunedì al Venerdì 8.00-18.00
- Il Sabato 8.00-12.00

È inoltre disponibile un portale web utilizzabile al seguente link: <https://salute.gruppocattolica.it>.

In alternativa, i Clienti avranno a disposizione i canali:

- e-mail: centrale.salute@aon.it (nuovo indirizzo e-mail)
- posta: Aon Advisory And Solutions Srl, Via Calindri 6 - 20143 Milano

La Centrale Operativa verificherà la titolarità del diritto da parte dell'Assicurato alla erogazione delle prestazioni previste dalle condizioni di assicurazione e ne comunicherà, telefonicamente o con e-mail, l'esito all'Assicurato. La Centrale Operativa provvederà ad autorizzare la struttura ad erogare la prestazione richiesta; le spese relative al ricovero verranno pagate alla struttura sanitaria, al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'Assicurato.

Restano a carico dell'Assicurato le spese relative a prestazioni non garantite dal contratto, le spese eccedenti il massimale assicurato e le spese non autorizzate dalla Centrale Operativa.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'Assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità previste dalle condizioni di assicurazione.

La Società si impegna ad aggiornare tempestivamente l'Associato di ogni modifica relativa all'elenco delle case di cura convenzionate.

ART. 17 CONTROVERSIE

In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società, l'Assicurato e/o il Contraente si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

La Società si impegna a designare il proprio medico entro 45 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata con la quale l'Assicurato ha comunicato il nominativo del medico incaricato.

Qualora la richiesta verta sul rimborso delle spese sostenute, la controversia si intende invece definitivamente risolta in senso favorevole all'Assicurato.

ART. 18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato su presentazione degli originali o di copia conforme, delle relative distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce la predetta documentazione previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato non sia in possesso dell'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termine del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute.

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

La gestione delle richieste di rimborso comprende, altresì, i pagamenti diretti agli Istituti di cura nonché eventuali acconti o impegnative, a richiesta dell'Assicurato.

Il presente allegato è stato redatto in quattro esemplari ad un solo effetto in Verona il 31 dicembre 2021

CATTOLICA ASSICURAZIONI
S.p.A.

L'ASSOCIATO

IL CONTRAENTE
