

Estratto Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

Nursing Up

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Soggetto il cui interesse viene stipulata l'assicurazione, ossia l'iscritto al sindacato Nursing Up che possiede congiuntamente i seguenti due requisiti:

- essere in regola con il pagamento della quota associativa;
- aver completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it ed aver ricevuto la mail di conferma di avvenuta attivazione di tali servizi, alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di attivazione degli stessi.

L'iscritto che non completa correttamente la procedura annuale di attivazione dei servizi gratuiti e/o che non riceve la sopraindicata mail di conferma, non è considerato assicurato per il relativo anno e questo a prescindere che lo stesso fosse o meno in regola con la quota associativa.

La procedura di attivazione dei servizi gratuiti sopraindicata va ripetuta ogni anno

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

E' la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

I soggetti che, dietro compenso, su incarico degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del registro, svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del registro, anche fuori dai locali dell'intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Franchigia

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

Imprese di assicurazione

Le imprese di assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Infortunio

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

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

intermediari assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'elenco annesso al registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato 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.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Lettera di Impegno

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Libera professione intramuraria

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

Lite transfrontaliera

La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Mediatore

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente

Piano terapeutico (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Presa in carico

Comunicazione della Società al centro convenzionato in ordine alle prestazioni che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto

nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Registro

Il registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Prestazioni a tariffe agevolate;
- Prestazioni odontoiatriche particolari;
- Una prestazione a scelta tra otturazione oppure avulsione.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a medici ed a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

La copertura è prestata a favore degli Iscritti al sindacato Nursing Up alla data di effetto del presente contratto che possiedano congiuntamente i due requisiti descritti nella definizione di "Assicurato" del Glossario.

3. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete di Strutture convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 2, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La richiesta della seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società da parte della struttura sanitaria convenzionata.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed al personale convenzionato con la Società con l'applicazione di una franchigia di € 8,00 **che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.**

5. CURE ODONTOIATRICHE

In deroga a quanto previsto all'art. B "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 2, la Società provvede al pagamento delle spese per una prestazione all'anno e per persona a scelta tra:

- 1 otturazione;
- 1 avulsione.

Si precisa che è inclusa nelle suddette prestazioni una visita odontoiatrica specialistica preventiva. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed al personale convenzionato con la Società senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

6. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009607**, dedicato esclusivamente agli Iscritti Nursing Up, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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 ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

c) Pareri medici

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.

DA ART. 7 AD ART. 7.1 PREMIO

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

8. EFFETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Frontespizio. La fruizione della copertura presso le strutture convenzionate con la Società è subordinata alla ricezione e al caricamento da parte della Compagnia delle anagrafiche complete nel formato condiviso.

8.1 DECORRENZA DELLA COPERTURA PER IL SINGOLO ASSICURATO

Durante il periodo di validità della presente polizza, fermo quanto previsto dall'articolo 8 che precede e, premesso che, ai fini dell'efficacia della garanzia, ogni iscritto deve sia essere in regola con il pagamento della quota associativa e sia deve aver completato correttamente ed annualmente l'attivazione on line dei servizi gratuiti forniti dal Nursing up (nel rispetto di quanto previsto nella definizione di Assicurato) le parti concordano che:

1) la garanzia per il singolo assicurato decorre annualmente, dalla data cronologicamente piu' recente tra le due date che seguono:

A. Il primo giorno del mese successivo a quello:

- in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up, per coloro che lavorano in qualità di dipendenti
- in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per i liberi professionisti, i pensionati i non dipendenti, o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) dello stipendio.

B. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali e scade in ogni caso al 31/12 di ogni anno di competenza.

2) Nel caso di cessazione/perdita dei requisiti descritti nella definizione di "Assicurato" del Glossario, l'iscritto viene mantenuto **in garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva**, salvo comunicazione formale da parte del Contraente al Broker con indicazione del nominativo dell'Assicurato che ha revocato l'iscrizione al sindacato e la relativa data

ART. 9

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente).

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE E DELLA COPERTURA

La copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza, se il premio è stato pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza della stessa, diversamente **ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento, ferma la scadenza del contratto.**

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Fermo quanto previsto dall'articolo A.1 che precede "Durata dell'assicurazione / tacito rinnovo" e premesso che ai fini dell'efficacia delle garanzie ogni Iscritto deve sia essere in regola con il pagamento della quota associativa sia aver completato correttamente ed annualmente l'adesione on line ai servizi gratuiti forniti dal Nursing Up (nel rispetto di quanto previsto nella definizione di assicurato), le parti concordano che, per i singoli Assicurati così come definiti alla relativa voce del Glossario, la copertura assicurativa scade in ogni

caso alle ore 24 del 31/12 di ogni anno di competenza e decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

1. Il primo giorno del mese successivo a quello:

- in cui l'ente di appartenenza del lavoratore dipendente iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up;
- in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per gli iscritti liberi professionisti, i pensionati, i non dipendenti o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito sullo stipendio del contributo sindacale (contributo associativo).

2. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali, ricevuta la mail di conferma.

ART. DA A.2 A A.15

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente).

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto espressamente previsto dal presente contratto;
3. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
6. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
7. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
10. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
11. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
12. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
13. tutto quanto non espressamente previsto dal presente contratto

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 5. "Cure odontoiatriche" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 81° anno d'età da parte dell'Assicurato e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 80 anni.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato potrà richiedere la prenotazione delle prestazioni extraricovero previste dal presente piano tramite sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti.

Nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009607, dedicato agli Iscritti Nursing Up (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una **struttura sanitaria convenzionata** con la Società **senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa** le spese sostenute non potranno essere rimborsate.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER LA GARANZIA PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE)

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

La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata – con le modalità con essa concordate - una Comunicazione scritta relativa alle prestazioni per le quali si richiede l'applicazione delle tariffe convenzionate.

La Comunicazione varrà nei limiti temporali nella stessa indicati; l'Assicurato provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie confermate dalla Società con l'invio della relativa comunicazione.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere alla Società né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa. Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi **prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato**, le spese sostenute dall'Assicurato non potranno essere rimborsate

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER LE GARANZIE ODONTOIATRICHE di cui ai punti 4 e 5)

L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati e nei limiti previsti nelle singole garanzie. All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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 restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, le spese sostenute dall'Assicurato non potranno essere rimborsate.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

C.3 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

C.4 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker GBSAPRI S.p.A. - via Nomentana 183, CAP 00161 Roma - e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker GBSAPRI S.p.A. il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa. (N.B.: paragrafo da coordinare/modificare nell'eventualità che nella polizza siano previste condizioni diverse, più favorevoli per l'assicurato)

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente (o l'Azienda) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa. L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

C.5 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013

Il 16 luglio 2013 l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ha pubblicato il Provvedimento n. 7 (di seguito, il "Provvedimento") in materia di home insurance.

In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'“Area provv. IVASS 7/2013” accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' “AREA SERVIZI CLIENTI” già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

C.6 ART. C.6

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)