

LE SEGUENTI DEFINIZIONI E CONDIZIONI SOSTITUISCONO INTEGRALMENTE QUELLE CONTENUTE NEL MOD. M50

M060 - ASSICURAZIONE PER STRANIERI IN SOGGIORNO TEMPORANEO IN ITALIA

DEFINIZIONI

Infortunio

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato stesso.

Malattia preesistente

Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza.

Società

La Società Generali Italia S.p.A

Contraente

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Sinistro

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia prestata con la presente polizza si intende operante per cittadini stranieri in soggiorno temporaneo in Italia indicati in polizza alla voce Assicurati.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato a seguito di infortunio o malattia improvvisa in struttura pubblica (o convenzionata con Servizio Sanitario Nazionale, purché il ricovero avvenga in regime di convenzione), oppure riceva cure in un luogo attrezzato per il pronto soccorso, la Società rimborsa, fino a concorrenza della somma indicata in polizza, da intendersi quale disponibilità unica per Assicurato e per anno assicurativo, le spese mediche ed ospedaliere sostenute per cure od interventi ricevuti nella struttura di cui sopra durante i suddetti soggiorni.

È operante, in ogni caso, una franchigia assoluta euro 100,00 per sinistro.

L'assicurazione vale anche, fino a concorrenza di euro 100,00 per Assicurato, per le spese sostenute per cure dentarie urgenti a seguito di infortunio.

I rimborsi verranno eseguiti comunque in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

Art. 2 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale esclusivamente per gli eventi indicati nell'articolo precedente verificatisi all'interno dei confini della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato del Vaticano.

Art. 3 - ESCLUSIONI

Non sono rimborsabili le spese sostenute dall'Assicurato:

- *per acquisto o riparazione di occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e fisioterapici in genere e per ogni tipo di protesi, nonché per prestazioni infermieristiche;*
- *per cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure fisioterapiche, termali e dimagranti;*
- *per cure ed interventi a seguito di malattie nervose e mentali, malattie dipendenti da gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;*
- *per cure ed interventi per espianto e/o trapianto di organi;*
- *a seguito di infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*

- a seguito di infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte;
- a seguito di infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere e di gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti;
- a seguito di infortuni derivanti dall'uso di natanti per tutte le attività sportive (sia a titolo dilettantistico, che ricreativo, che professionale) ad eccezione dello sci nautico (esclusi i salti dal trampolino) e della pesca;
- per conseguenze derivanti da terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, maremoti, inondazioni e altri eventi atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- per conseguenze derivanti da guerra, atti di terrorismo e vandalici, invasione, occupazione militare, insurrezione, tumulto popolare, scioperi, sommosse;
- per conseguenze dirette ed indirette di esplosioni o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- per eventi determinati da dolo dell'Assicurato;
- per eventi determinati da abuso di alcoolici, psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- per suicidio o tentato suicidio dell'Assicurato.

Art. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Art. 5 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato è esonerato dalla denuncia preventiva di altre assicurazioni Malattie che avesse in corso o stipulasse con la Società o con altre Compagnie; *deve tuttavia dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.*

Art. 6 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) *presentare, non appena ne abbia avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa eventuale 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. 7 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, è facoltà delle Parti conferire, per iscritto, mandato di decidere, 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 Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico si riunisce nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo in cui soggiorna in Italia l'Assicurato.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 8 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO-FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

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.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Art. 10 - ONERI - RINVIO ALLA LEGGE

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

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente polizza, si applicano le disposizioni di legge.