

CATTOLICA&SALUTE PIU'SALUTE

Contratto di assicurazione malattie

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

**deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente
la Nota Informativa**



NOTA INFORMATIVA CATTOLICA&SALUTE PIU'SALUTE

La presente nota informativa MOD. CPIUS 5 - ED. 13/12/2017 deve essere consegnata unitamente alle condizioni di assicurazione INF. MAL. - MOD. CPIUS 2 - ED. 25/11/2016

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema previsto dal Regolamento ISVAP n° 35 del 26/05/2010, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Cartella clinica	Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima o remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.
Centrale operativa	La struttura di Mapfre Warranty SpA costituita da: medici, tecnici, operatori, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima: al contatto telefonico con l'assicurato; ad organizzare ed erogare le prestazioni di assistenza previste nel contratto; ad organizzare i ricoveri presso gli istituti di cura convenzionati.
Centrale di telemedicina	La struttura di Medic4All costituita da medici tecnici e operatori specializzati nell'erogazione delle prestazioni di telemedicina.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.
Contributo unificato	Il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (art 9 legge n. 488 del 23 dicembre 1999 - decreto legge n. 28 dell'11 marzo 2002).
Day hospital	La permanenza diurna in istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso. E' escluso il day hospital diagnostico, anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e sia effettuato entro i 60 giorni precedenti e i 180 successivi. Inoltre è compreso il day hospital diagnostico, qualora sia stata scelta la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, entro i termini previsti da tale garanzia.
Durata	Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.
Emergenza sanitaria all'estero	Situazione sanitaria improvvisa conseguente da infortunio o malattia, non prevedibile prima del viaggio all'estero, che richieda, nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero urgente e non differibile.
Franchigia	La parte di danno espressa in misura fissa per ogni sinistro che rimane a carico dell'assicurato Per la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, la franchigia è relativa all'insieme di tutte le visite specialistiche, gli esami di alta diagnostica e i trattamenti terapeutici sostenuti dall'assicurato nell'arco dell'annualità assicurativa.
Indennità/Indennizzo	La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce

Istituto di cura	lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate 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, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche..
Istituti di cura convenzionati	Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con la centrale operativa, presso i quali l'assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto. La verifica delle cliniche convenzionate deve essere effettuata dall'assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la centrale operativa.
Malattia Massimale/Sottomassimale	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.
Medic4All	La società di servizi che tramite la propria centrale di telemedicina eroga servizi di supporto medico a distanza utilizzando tecnologie biomedicali e di telecomunicazioni. Commercializza diversi sistemi di monitoraggio audio e video e biodati archiviando i diversi parametri in cartelle mediche e in particolare nella cartella medica personale multilingue.
Parti Polizza Premio Prestazioni	Il contraente e la Società. Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione. La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società. Per la garanzia assistenza: i servizi prestati dalla centrale operativa all'assicurato.
Protezione legale del paziente	La garanzia di tutela legale ai sensi del D. Lgs. n°209 del 2005, articoli 163,164,173,174 e correlati.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate e che forma parte integrante della polizza.
Ricovero	La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital.
Rischio Scoperto	La possibilità che si verifichi il sinistro. La percentuale del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato. In caso di sinistro la cui liquidazione preveda lo scoperto e la franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità contrattuali previste.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia. Nelle garanzie ricoveri e interventi chirurgici, grandi interventi chirurgici, visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, il termine sinistro indica il sorgere di un debito in capo all'assicurato per spese sanitarie relative a prestazioni rese necessarie successivamente alla conclusione del contratto e conseguenti a malattia, infortunio o parto. Nella garanzia diaria da ricovero il termine sinistro indica il ricovero dell'assicurato in un istituto di cura reso necessario successivamente alla conclusione del contratto e conseguente a malattia, infortunio o parto. Nella garanzia protezione legale del paziente, per sinistro si intende il caso assicurativo, ovvero il verificarsi del fatto dannoso, cioè la controversia, per cui è prestata la garanzia. Nella garanzia assistenza, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.
Società Ubriachezza	Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. Si considera in stato di ubriachezza l'assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.
Unico caso assicurativo IVASS (ex ISVAP)	Il fatto dannoso e/o controversia che coinvolge più assicurati. 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.

Istituito con la Legge n° 135 del 17 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 L. n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Dati Societari

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa, sede legale e sede sociale in Italia, Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona - tel. 0458391111 - fax 0458391112 - 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 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237; iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n° 019.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.876 milioni di euro (capitale sociale: 523 milioni di euro - totale riserve patrimoniali: 1.289 milioni di euro).

Il margine di solvibilità calcolato secondo i parametri Solvency II (c.d. Ratio patrimoniale) è pari a 2,09 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato sia nella forma "con tacito rinnovo" che nella forma "senza tacito rinnovo".

AVVERTENZA: Qualora fosse scelta la forma "con tacito rinnovo", le parti possono recedere dal contratto comunicando la disdetta mediante lettera raccomandata a.r. almeno 60 giorni prima della scadenza indicata in polizza. Diversamente il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Se il contratto è stato emesso come previsto all'articolo "Rinnovo per gli assicurati in copertura da almeno 10 anni", la Società rinuncia a tale facoltà di disdetta.

Qualora fosse scelta la forma "senza tacito rinnovo", la copertura assicurativa cessa automaticamente alla scadenza del contratto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 7-8 delle condizioni generali di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

Sezione Ricoveri e Interventi Chirurgici e Grandi Interventi Chirurgici

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art.3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alla cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo i limiti previsti dall'art 3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;

in seguito a ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento chirurgico ambulatoriale, per malattia, infortunio o parto.

AVVERTENZA: fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza ed al netto dell'eventuale franchigia indicata nella scheda di polizza. Il massimale per tale garanzia è in forma fissa ed è pari a 500.000€ per ciascun assicurato e per anno assicurativo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 15-18 delle condizioni generali di assicurazione.

Sezione Garanzia Aggiuntiva Visite Specialistiche, Esami di Alta Diagnostica e Trattamenti Terapeutici Ambulatoriali

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati, salvo i limiti previsti dall'art.3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alla cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo i limiti previsti dall'art.3 "Estensione territoriale" per quanto riguarda l'estero;

in caso di visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per malattia, infortunio o parto.

AVVERTENZA: fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza e con l'applicazione della franchigia di euro 500,00 per anno assicurativo. Il massimale per tale garanzia è in forma fissa ed è pari a 6.000€ per ciascun assicurato e per anno assicurativo. Sono escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche nonché le visite specialistiche dietologiche con finalità estetica. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art.19 delle condizioni generali di assicurazione.

Esempio

"Franchigia 1.500,00 €

Massimale per garanzia Ricoveri e Interventi Chirurgici 500,000€

In caso di intervento chirurgico con spesa documentata pari a 10.000€, la Società provvede al pagamento diretto o al rimborso delle spese sanitarie sostenute pari a 8.500,00€".

Garanzia Diaria da Ricovero

La Società corrisponde all'assicurato la diaria giornaliera indicata nella scheda di polizza, in caso di ricovero per malattia, infortunio o parto per la durata massima di 90 giorni per sinistro e di 180 giorni per anno assicurativo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt.20-21 delle condizioni contrattuali.

AVVERTENZA: L'assicurazione, tra gli altri casi meglio indicati all'art. 22 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio, non comprende gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da: infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto; finalità dietologica a meno che non siano resi indispensabili in conseguenza di un intervento chirurgico per malattia o infortunio; cure e terapie odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio; malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici; Parto o malattia da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto; interruzioni volontarie di gravidanza; Intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi; Check-up di medicina preventiva. L'indennità giornaliera, a scelta dell'assicurato al momento della sottoscrizione della polizza, viene corrisposta fino ad un massimo di 300,00 € al giorno.

Garanzia Protezione Legale

La polizza assicura il pagamento delle spese legali necessarie agli assicurati per la difesa dei loro diritti sia in sede extragiudiziale che giudiziale nei casi indicati all'art. 27 cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio. La Società affida la gestione dei sinistri di Protezione Legale alla Società: ARAG SE.

La garanzia vale per:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni derivati all'assicurato esclusivamente in conseguenza degli interventi diagnostici, terapeutici o chirurgici anche ambulatoriali per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza PiùSalute. E' compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile;
- sostenere controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali, derivanti dall'erogazione delle garanzie prestate dal presente contratto.

AVVERTENZA: è escluso il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; spese legali e peritali per controversie contro la Società ed ARAG; spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'assicurato e il professionista diverse da quelle previste nel tariffario forense; e di altre spese legali meglio indicate all'art. 30 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso di vertenze promosse da o contro più persone aventi ad oggetto domande identiche o connesse, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro. Sono coperte le spese per l'attività di un unico legale per ogni grado di giudizio. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli artt. 26-30 delle condizioni generali di assicurazione.

Garanzia Assistenza

Con la garanzia assistenza la Società assicura le prestazioni di servizi erogate dalla Centrale Operativa di Mapfre Warranty.

La garanzia offre diversi livelli di servizio modulabili a seconda delle diverse esigenze del cliente:

- assistenza base: che comprende tra gli altri i seguenti servizi meglio indicati agli artt .41-63 cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio: informazioni sanitarie, invio di un medico a domicilio; invio di un ambulanza; prevede oltre ai tradizionali servizi di assistenza, anche nuove prestazioni;
 - assistenza secondo parere medico: l'innovativo servizio di secondo parere medico utile quando il cliente vuole avere una seconda valutazione medica su una diagnosi già effettuata; per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art 64 delle condizioni generali di assicurazione;
 - assistenza servizi di telemedicina: che comprende, tra gli altri i seguenti servizi meglio indicati negli artt. 65/71 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio: il teleconsulto post intervento chirurgico o ricovero; cartella medica personale; teleprescrizione medica multilingue, tele farmacologia medicale. Il servizio "Children Medicare" è automaticamente operante ed è prestato in forma gratuita.
- | | |
|---|--|
| - art. 41 "Informazioni sanitarie"; | - art. 55 "Rientro degli altri assicurati"; |
| - art. 42 "Consigli medici telefonici generici e specialistici"; | - art. 56 "Assistenza di un interprete all'estero"; |
| - art. 43 "Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza"; | - art. 57 "Viaggio di un familiare e spese di soggiorno"; |
| - art. 44 "Trasporto in autambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso"; | - art. 58 "Anticipo spese mediche"; |
| - art. 45 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato"; | - art. 59 "Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente"; |
| - art. 46 "Rientro dal centro ospedaliero attrezzato"; | - art. 60 "Accompagnamento di minori"; |
| - art. 47 "Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura"; | - art. 61 "Baby sitter per minori"; |
| - art. 48 "Invio di medicinali urgenti"; | - art. 62 "Collaboratrice familiare"; |
| - art. 49 "Invio di un infermiere a domicilio"; | - art. 63 "Consulenza pediatrica"; |
| - art. 50 "Invio di un fisioterapista a domicilio"; | - art. 64 "Oggetto della garanzia"; |
| - art. 51 "Rientro sanitario (anche dall'estero)"; | - art. 65 "Cartella medica personale e card salvavita"; |
| - art. 52 "Rientro anticipato"; | - art. 66 "Teleconsulto post intervento chirurgico o ricovero"; |
| - art. 53 "Recupero e rimpatrio salma"; | - art. 67 "Mother Medicare"; |
| - art. 54 "Prolungamento del soggiorno all'estero"; | - art. 68 "Children Medicare"; |
| | - art. 69 "Telefarmacologia con sms medicale"; |
| | - art. 70 "Teleprescrizione medica multilingue"; |
| | - art. 71 "Medic eye". |

AVVERTENZA: Le prestazioni di assistenza devono essere preventivamente richieste alla centrale operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. Ad eccezione dei servizi di telemedicina, tutte le prestazioni di assistenza non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa. Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero. Si rinvia agli artt. 37-39 per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: gli assicurati con il presente contratto possono avere fino a 70 anni di età. Nel caso in cui l'assicurato compia 70 anni nel corso dell'annualità assicurativa, il contratto conserverà efficacia fino alla scadenza annuale successiva. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1 delle condizioni generali di assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

La copertura assicurativa non prevede carenze come indicato all'art.4 delle condizioni generali di assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario Nullità

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o reticenti 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 la cessazione dell'assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2 delle condizioni generali di assicurazione.

AVVERTENZA: E' necessario che l'assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario anamnestico.

AVVERTENZA: La sopravvenienza in corso di contratto di alcune affezioni quali dipendenza da sostanze psicoattive, infezioni da HIV, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi ed altre meglio indicate all'art. 1 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio è causa di risoluzione del contratto che cesserà dalla prima scadenza annuale successiva.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve comunicare alla Società i mutamenti che producono una diminuzione o aggravamento del rischio secondo quanto previsto dagli artt.1897 - 1898 C.C. cui si rinvia per la disciplina delle conseguenze derivanti alla mancata comunicazione.

La variazione della professione non determina la modificazione del rischio.

7. Premi

Il pagamento del premio da parte del contraente deve essere eseguito annualmente alle scadenze pattuite ed indicate nel contratto e può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato 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 nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge oppure.

E' possibile il frazionamento del premio con i seguenti aumenti del premio imponibile:

- rateazione semestrale - aumento 3%
- rateazione quadrimestrale - aumento 4%
- rateazione trimestrale - aumento 5%

AVVERTENZA: La Società e/o l'intermediario possono applicare sconti sul premio di tariffa sulla base di valutazioni tecnico - commerciali.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La Società al momento del rinnovo del contratto potrà modificare le condizioni generali di assicurazione e/o di premio dandone comunicazione al contraente almeno 30 giorni prima della scadenza. Se il contraente non comunicherà di accettare espressamente le nuove condizioni e/o il nuovo premio entro la scadenza contrattuale, il contratto si intende risolto alla sua scadenza. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all' art. 7 delle condizioni generali di assicurazione.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA: le parti possono recedere dal presente contratto mediante raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale.

Si rinvia, per la disciplina dei termini e delle modalità di esercizio di tale diritto, all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto dall'Art. 1899 del codice civile, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:

- scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);
- scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

Dopo la denuncia di ogni sinistro, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata a.r. e ha effetto dopo il 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In caso di recesso, la Società rimborsa al contraente entro 15 giorni dalla data di annullazione del contratto, la parte di premio imponibile versata (esclusi diritti) e non goduta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 10 delle condizioni generali di assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda (art 2952 CC).

11. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

La polizza è soggetta all'imposta nella misura del 2,5% per le garanzie infortuni e malattie; nella misura del 10% per la garanzia assistenza e nella misura del 21,25% per la garanzia Protezione legale del Paziente.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo**

Sezione Ricoveri e Interventi Chirurgici - Visite Specialistiche, Esami di Alta Diagnostica e Trattamenti Terapeutici - Diaria Da Ricovero

AVVERTENZA: se l'assicurato fa ricorso agli istituti di cura convenzionati per la denuncia del sinistro dovrà personalmente o tramite i suoi familiari o i suoi eredi contattare preventivamente la Centrale Operativa ai numeri di telefono indicati all'art. 23 delle condizioni generali di assicurazione, cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio, indicando la prestazione di cui intende usufruire.

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati dovrà personalmente o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla Centrale Operativa entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico. Tale obbligo non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia di cui all'art. 9 "Visite Specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali".

Successivamente dovrà compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica. Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere consegnato all'agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 60 giorni dalla data di dimissione dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

Per l'attivazione della garanzia "Visite Specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici" è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

In caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia "Visite Specialistiche esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici" la prima richiesta di rimborso può essere fatta, con la suddetta modalità, entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa della polizza, se la richiesta di rimborso supera la franchigia prevista nel contratto.

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata ai seguenti documenti giustificativi: fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanziate; esami medici eventualmente eseguiti, prescrizione medica in originale e copia, cartella clinica e/o documento sostitutivo in copia, i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

Oltre al canale postale (per le prestazioni a rimborso) e al canale telefonico (per le prese in carico in forma diretta), l'assicurato può utilizzare la modalità di denuncia on line del sinistro accedendo all'indirizzo web www.cattolica.it - Area Riservata, tramite il browser Internet Explorer 8 o superiore. Con questa procedura non è più necessario presentare la documentazione medico fiscale in originale in quanto è sufficiente inviare la scansione elettronica della documentazione di spesa e dei certificati medici.

Una volta aperta l'Area riservata si clicca su "vai all'area riservata", si inserisce username e password, altrimenti si clicca su "registrazione" e si seguono le istruzioni fornite nella successiva area, inserendo i dati anagrafici richiesti. Saranno generate User e Password personali. Effettuato l'accesso, per poter usufruire dell'area web di gestione delle pratiche malattia cliccare sull'icona presente nella colonna "sinistri". Attraverso il portale web si potrà:

- Consultare la propria posizione anagrafica
- Individuare le Aziende ospedaliere o i professionisti medici convenzionati con la Compagnia e usufruire della modalità di accesso diretto alle prestazioni di polizza
- Denunciare un sinistro e richiederne il rimborso spese attraverso il caricamento upload di documenti medici, cartelle cliniche, fatture di spesa
- Richiedere la presa in carico in forma diretta per ricoveri o visite specialistiche effettuate in rete convenzionata
- Verificare on line lo stato di avanzamento della gestione di ogni singolo sinistro e verificarne lo stato.

La Società si riserva in ogni momento la facoltà di procedere ad un accertamento medico diretto sull'assicurato le cui spese restano a carico della Società stessa, mentre restano a carico dell'assicurato le certificazioni mediche ad uso assicurativo.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art.23 delle condizioni generali di assicurazione.

Sezione Protezione Legale

AVVERTENZA: Per insorgenza del caso assicurativo si intende il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento.

In caso di sinistro l'assicurato deve tempestivamente denunciare il caso assicurativo ad ARAG, ai riferimenti indicati all'art.31 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

L'assicurato ha diritto di scegliere liberamente il legale cui conferirà il mandato alla gestione della controversia indicandone il nominativo nella denuncia del caso assicurativo. Il legale scelto deve essere iscritto nell'albo presso il foro della sede giudiziaria competente alla trattazione della causa. Dopo la denuncia e la nomina del legale l'assicurato è tenuto a informarlo in modo completo e veritiero dei fatti; indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari; informare immediatamente ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo e ad inviare la documentazione richiesta. Si rinvia agli artt. 32-33 per gli aspetti di dettaglio.

14. Assistenza Diretta - Convenzioni

AVVERTENZA: Con la presente copertura assicurativa, mediante preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa, l'assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese sanitarie previste dal presente contratto, presso gli ospedali, cliniche e case di cura convenzionate con la Società.

In Italia, se l'assicurato non ricorre ai centri e medici convenzionati, saranno rimborsate nel limite del massimale previsto in polizza le spese sanitarie sostenute senza applicazione di nessuna franchigia /scoperto

Se l'assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno per motivi non programmati di una delle prestazioni di polizza, la Società offrirà la copertura presso le cliniche convenzionate con la stessa e previo accordo con la Centrale Operativa.

Se non viene preventivamente attivata la Centrale Operativa e/o si utilizza una clinica non convenzionata con la Società verrà applicato uno scoperto del 15% sui costi sostenuti. Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la Centrale Operativa per ricorrere alla clinica convenzionata non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

La copertura è operativa fino a 180 giorni di permanenza continuativa all'estero. Oltre tale termine, la copertura non è in ogni caso operante all'estero.

Se il viaggio all'estero è dovuto a motivi di lavoro o studio che richiedono una lunga permanenza, non deve intendersi interruzione della durata ai fini del conteggio dell'operatività della copertura, il rientro temporaneo in Italia durante la momentanea sospensione dell'attività di lavoro o studio

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché gli istituti di cura siano convenzionati con la stessa e previo accordo con la Centrale Operativa. La copertura non è quindi operante se la clinica non è convenzionata o, seppur convenzionata, se l'assicurato non ha preventivamente contattato la Centrale Operativa. Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relative all'equipe medica non verranno rimborsati. Si rinvia agli artt. 3 - 23 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si rinvia al sito Internet della Società (www.cattolica.it) dove è presente elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa
 Servizio Reclami di Gruppo
 Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia)
 Fax: 045/8372354
 Email: 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 a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale n°21 - 00187 Roma - Fax 06/42133206 - Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it - Sezione Per i Consumatori - Reclami - "Guida ai reclami"), corredando l'esposto della documentazione

relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea <http://www.ec.europa.eu/fin-net>.

Si ricorda che il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Eventuali controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

AVVERTENZA: resta ferma la facoltà dell'assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente nota informativa.

**Il legale rappresentante
Dott. Cardinaletti Marco**

