

## **POLIZZA SANITARIA PER I FAMILIARI – N. 250037785**

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### **DEFINIZIONI**

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca
Assicurato:	i Familiari fiscalmente non a carico degli Associati e i superstiti del Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI Banca
Società:	le <b>ASSICURAZIONI GENERALI SPA</b> ;
Premio:	la somma dovuta alla Società;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità del danno che può derivare;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Infortunio:	l'evento che sia dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Ricovero:	la degenza, in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento o in day hospital;
Franchigia:	la parte di danno non indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

#### **1 - ASSICURATI**

L'assicurazione è prestata a favore dei familiari fiscalmente non a carico degli Associati o dei superstiti al Fondo che abbiano dato specifica adesione al presente contratto.

Per "familiari", sulla base delle vigenti norme statutarie, si intendono il coniuge, i figli e il convivente (more uxorio)

La copertura assicurativa prevista dalla presente polizza, decade con la cessazione del rapporto di associazione non dovuta per decesso.

#### **2 - PRESTAZIONI**

La garanzia è operante per il rimborso di tutte le spese relative alle prestazioni di cui al Regolamento del Fondo allegato e sottoscritto tra le parti.

#### **3 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI**

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle prestazioni di cui agli articoli :

- 10) Spese per ultima malattia e funerarie;
- 11) Contributo per protesi e presidi, del Regolamento del Fondo.

#### **4 - TERMINI DI ASPETTATIVA E LIMITI DI PRESTAZIONI**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della scheda di iscrizione se l'adesione avviene contestualmente all'associazione al Fondo o se il familiare passa direttamente da "carico" a "non fiscalmente a carico", ovvero dal 120° giorno in tutti gli altri casi.

#### **5 - ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## 6 – RICHIESTE DI RIMBORSO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve presentare richiesta di rimborso tramite la Contraente al momento che ne abbia avuto la possibilità. La richiesta di rimborso deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'Assicurato deve consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Le procedure di richiesta di rimborso, di presentazione della documentazione e di pagamento dei premi costituiranno oggetto di apposito regolamento concordato dalle parti contraenti.

## 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla presentazione, in originale, delle relative notule e fatture dando comunicazione al contraente dell'avvenuto rimborso.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta Euro.

Le fatture/ricevute fiscali che riportino la dicitura "altre prestazioni" saranno rimborsate secondo quanto indicato all'art. 12) del Regolamento del Fondo, purché vengano rilasciate da strutture pubbliche o convenzionate con il sistema sanitario nazionale; le altre verranno esaminate caso per caso.

## 8 - PAGAMENTO ANNUO, DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E SUA REGOLAZIONE

Il premio annuo viene pattuito in Euro **530,00 €** pro-capite (comprese imposte attualmente del 2,5%) e pagato dal Contraente alla Società a mezzo bonifico bancario in rate mensili.

Viene data facoltà alla Contraente di comunicare alla Società i nominativi degli aderenti entro 90 giorni dalla stipula del contratto iniziale.

Il premio decorre dal primo giorno lavorativo del mese successivo all'adesione e il contraente accrediterà sull'apposito conto corrente indicato dalla Società l'importo relativo alle adesioni sottoscritte.

Alla fine di ogni mese il Contraente potrà comunicare alla Società le eventuali nuove adesioni relative a "Familiari fiscalmente non a carico" di nuovi Associati o superstiti, come le adesioni disdettate o comunque prive di effetto.

In questi ultimi due casi la copertura è comunque valida fino alla fine del mese in questione.

Eventuali nuove richieste di adesione pervenute trascorsi i 90 giorni, decorreranno dall'inizio del successivo anno assicurativo.

## 9 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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 competenze del terzo medico.

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

## 10 - COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente art. 9) è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria di Brescia, ovvero ove risiede o è domiciliato l'Assicurato.

## 11 - SCADENZA DEL CONTRATTO

Il presente contratto scadrà il 31.12.2019; in mancanza di disdetta data da una delle parti con lettera raccomandata almeno due mesi prima della scadenza, il contratto sarà prorogato per una durata massima di anni uno e così successivamente.

## **12 - IMPOSTE**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente o dell'Assicurato per le parti di rispettiva competenza.

Agli effetti dell'articolo 1341, II comma C.C. la sottoscritta dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

- art. 9 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)
- art. 10 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)

Fermo il resto

## REGOLAMENTO

(di riferimento per i rimborsi da parte della Compagnia Generali Assicurazioni a favore degli aderenti alla "Polizza sanitaria per i famigliari" n. 250037785)

### Articolo 4 - MODALITA' E TERMINI DELLE RICHIESTE

Le fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali non devono riportare abrasioni, cancellature, correzioni, devono essere leggibili e il più possibile dettagliate, con importi scritti preferibilmente in cifre e in lettere.

Le fatture e/o ricevute devono:

- essere riferite ad una sola persona;
- ad una sola tipologia di rimborso (in quanto riferiti a plafond individuali e separati);
- essere elencate singolarmente sull'apposito modulo predisposto dal Fondo.

L'importo deve essere pari o superiore ai 3 € (i documenti di importo inferiore non saranno presi in considerazione).

I documenti di spesa che comprendono **insieme** ticket ed altre prestazioni, verranno rimborsati come normali prestazioni non comprese nell'art. 13.

### SARANNO RESPINTE:

- Le fatture e/o ricevute cumulative con più nomi;
- le richieste di contributo non previste dal presente Regolamento, ad esempio: le fatture riguardanti le visite fiscali e/o assicurative, di idoneità all'attività sportiva, i certificati medici di sana e robusta costituzione, per la patente, le perizie medico-legali, le prestazioni estetiche, la copia della cartella clinica, i diritti di segreteria, le quote associative, ecc.;
- le fatture/ricevute riferite a prestazioni specialistiche, che non riportano la specializzazione e le generalità complete del medico che ha eseguito la prestazione;
- le fatture non chiare e non leggibili;
- i ticket sui medicinali;
- le spese per medicinali;
- le richieste prive del modulo di "RICHIESTA DI CONTRIBUTO ORDINARIO" appositamente predisposto dal Fondo;
- le fatture prive dell'apposita scheda di specifica delle prestazioni odontoiatriche o ortodontiche eseguite, predisposta dal Fondo.
- Le visite specialistiche e le prestazioni diagnostiche effettuate a mero titolo di controllo o prevenzione in assenza di patologia
- Le visite ginecologiche e le prestazioni diagnostiche di controllo di routine effettuate durante il periodo di gravidanza
- Accertamenti ed interventi finalizzati all'inseminazione artificiale.

Gli aventi diritto alle prestazioni sono invitati ad avvalersi preferibilmente e laddove possibile, sia del Servizio Sanitario Nazionale sia delle convenzioni stipulate dal Fondo, prima di usufruire delle prestazioni in seguito elencate.

Il rimborso delle prestazioni verrà calcolato sulle spese realmente rimaste a carico dell'associato.

Il Consiglio di Amministrazione, a propria discrezione, si riserva il diritto di far effettuare visite a campione, da parte di medici di propria fiducia, agli associati, ai loro familiari e ai superstiti che hanno chiesto di fruire o abbiano fruito delle prestazioni del Fondo e/o di richiedere ulteriore documentazione.

Nel corso dell'anno verranno rimborsate le spese sostenute nell'anno medesimo ovvero nell'anno solare precedente.

Le richieste di rimborso relative a spese sostenute nel corso dell'anno solare precedente a quello di presentazione verranno liquidate:

1. a valere sul plafond dell'anno di competenza se presentate fino al 15 gennaio;
2. a valere sul plafond dell'anno di presentazione, se capiente, nella misura massima della disponibilità del plafond dell'anno di competenza, se presentate successivamente al 15 gennaio.

### Articolo 5- DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni, di cui al presente Regolamento, decorrono dal 1 gennaio 2019.

Il biennio, per le prestazioni con tale periodicità, decorre dal 1/1/2019 al 31/12/2020.

## Articolo 6 - RICOVERI IN PRESIDI OSPEDALIERI E INTERVENTI AMBULATORIALI

Il Fondo:

1. in caso di ricovero ospedaliero, assicura la copertura delle spese rimaste a carico degli aventi diritto alle prestazioni con il limite globale di € 1.300,00 - pro capite annuo.

Il plafond di 1.300,00 € è riferito alle seguenti tipologie di prestazioni:

- a) prestazioni medico sanitarie con ricovero presso Ospedali o case di cura, per spese di degenza e/o intervento chirurgico, intendendosi per spese quelle di natura sanitaria e di cambio di classe alberghiera con esclusione di tutti gli extra (nella cifra indicata rientrano anche le spese per l'eventuale trasporto in ambulanza non rimborsate dalla polizza assicurativa);
  - b) prestazioni in regime di day-hospital, prescritte dal medico;
2. In caso di intervento ambulatoriale assicura la copertura delle spese rimaste a carico degli aventi diritto alle prestazioni con il limite globale di € 800,00 pro capite annuo. I piccoli interventi ambulatoriali sono ammessi al rimborso purché vengano eseguiti in strutture specializzate e supportati da cartella clinica o documentazione similare e non siano di natura estetica.

Nel caso di degenza ospedaliera dei figli fino ai **14 anni** di età, verrà erogato un contributo aggiuntivo pari al 50% delle spese di vitto e alloggio sostenute da una persona durante il periodo di assistenza, con il limite massimo di ulteriori € 2.100,00 annui.

Nel caso in cui l'associato o l'avente diritto alle prestazioni non utilizzi le polizze assicurative stipulate dal Fondo, in caso di richiesta di rimborso per una prestazione prevista dalle polizze stesse, dalla fattura o ricevuta verrà detratto l'eventuale contributo previsto dalle condizioni di assicurazione.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- a) fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali più la fotocopia delle stesse;  
Le spese di vitto e alloggio, come previsto dal comma precedente, devono essere indicate separatamente dalle spese sostenute per il figlio ricoverato;
- b) copia cartella clinica o documentazione similare.

## Articolo 7 - CONTRIBUTO PER CURE E PROTESI DENTARIE

Il contributo è biennale e viene calcolato come segue tenendo conto che su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata/verrà applicato uno scoperto pari al 20% del totale della/e stessa/e:

A. Omissis

B. per i familiari e i superstiti:

- l'80% dell'importo delle fatture al netto dello scoperto di cui sopra fino ad un massimo di 1000,00 €;
- un ulteriore contributo del 40%, dell'80% delle somme eccedenti i 1.250,00 €, rimasti a carico, fino ad un massimo di 800,00 €.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- a) fatture e/o ricevute fiscali più la fotocopia delle stesse;
- b) scheda di specifica delle prestazioni odontoiatriche eseguite predisposta dal Fondo, accuratamente compilata in tutte le sue parti, timbrata e firmata dal medico specialista che ha eseguito la prestazione e dall'associato (se la fattura riguarda l'ablazione tartaro, l'applicazione del fluoro o radiografie, non è necessaria la scheda di specifica, purché sulla fattura sia comunque indicata la prestazione effettuata);
- c) per i lavori prolungati nel tempo opportuno il preventivo globale di spesa con il dettaglio delle prestazioni da effettuare e la loro durata.

## Articolo 8 – CONTRIBUTO PER APPARECCHI ORTODONTICI

Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata/e verrà applicato uno scoperto pari al 20% del totale della/e stessa/e.

Tenendo conto di quanto detto sopra, è previsto:

- a) un contributo una tantum pari all'80% della spesa sostenuta al netto dello scoperto di cui sopra fino ad un massimo di 2.000,00 €;
- b) un ulteriore contributo biennale pari al 50% della spesa sostenuta al netto dello scoperto di cui sopra fino ad un massimo di 800,00 €.

Nella spesa per apparecchi ortodontici rientrano lo studio preparatorio e tutto quanto attinente alla prestazione (radiografie, ecc.).

Documentazione necessaria per il rimborso delle prestazioni:

- a) fatture e/o ricevute fiscali più la fotocopia delle stesse;
- b) scheda di specifica delle prestazioni eseguite predisposta dal Fondo, accuratamente compilata in tutte le sue parti, timbrata e firmata dal medico specialista che ha eseguito la prestazione.

## Articolo 9 - CONTRIBUTO PER LENTI CORRETTIVE

Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata/e verrà applicato uno scoperto pari al 20% del totale della/e stessa/e.

E' previsto un contributo pari all'80% della spesa sostenuta al netto dello scoperto di cui sopra per l'acquisto di lenti correttive, prescritte dal medico oculista o dall'optometrista, con un massimo di:

- 310,00 € per biennio.

Nel rimborso sono comprese le spese accessorie, quali il montaggio, la lavorazione e i trattamenti vari, nonché il liquido/soluzione per le lenti corneali.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- a) fatture e/o ricevute o lo scontrino fiscale (parlante), più la fotocopia delle stesse, con indicazione separata del costo delle lenti, della montatura (e delle spese aggiuntive, ad esempio il montaggio nel caso di occhiali) e dell'eventuale sconto, possibilmente calcolato voce per voce;
- b) la fotocopia della prescrizione del medico oculista o dell'optometrista iscritto all'albo, riportante la scheda del "VISUS" non antecedente i cinque anni.

## Articolo 12 - CONTRIBUTI PER ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata/e verrà applicato uno scoperto pari al 20% del totale della/e stessa/e.

- A. **VISITE SPECIALISTICHE**, (ad esclusione di quelle previste alla lettera B e C) esami di laboratorio, radiografie, radioscopie, ecografie, tac, risonanza magnetica ed esami similari, cure fisiche riabilitative, elettroterapia, agopuntura, fisiokinesiterapia, chiroterapia, prestazioni domiciliari, test e cure allergologiche, prestazioni del logopedista, del podologo (oltre alle prestazioni dello specialista, in generale sono ritenute valide le certificazioni di appartenenti ad albi riconosciuti con laurea breve del settore sanitario), terapie sclerosanti e assimilabili, visite omeopatiche, preparazione al parto, è previsto un contributo nella misura del 80% della spesa sostenuta al netto dello scoperto di cui sopra sino ad un massimo di 600,00 € pro capite annuo di cui 300,00 € per terapie e cure fisiche riabilitative, fisiokinesiterapia, chiroterapia, agopuntura, etc..

Il plafond annuo viene elevato a **1.200,00 €**, pro capite annuo per i Portatori di Handicap con invalidità totale (100%) riconosciuta dalle competenti autorità sanitarie pubbliche.

- B. **PSICOTERAPIA** - contributo pari al 50% della spesa sostenuta al netto dello scoperto di cui sopra con un massimo di 800,00 € pro capite nel biennio, previa prescrizione di detta prestazione da parte del medico convenzionato con il S.S.N. che ha in carico l'assistito e/o la prescrizione del medico con specializzazione riferita alla patologia che da luogo alla richiesta di rimborso. La psicoterapia deve essere effettuata da specialista laureato in medicina (neurologo, neuropsichiatra, psichiatra) o laureato in psicologia iscritto all'albo degli psicologi in base alle vigenti norme di legge. La musicoterapia e la danzaterapia e' prevista solo per i familiari e i superstiti aventi un'età inferiore ai 14 anni.

Documentazione necessaria per il rimborso delle spese sostenute di cui ai punti A e B :

- a) Fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali più la fotocopia delle stesse. Non verranno più accettati gli scontrini fiscali, in alternativa alla fattura/ricevuta, che non riportino meccanicamente il codice fiscale dell'acquirente e la descrizione della prestazione;
- b) Per le terapie è necessaria la prescrizione del medico del S.S.N. che ha in carico l'assistito o del medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso ed in generale sono ritenute valide le certificazioni di appartenenti ad albi riconosciuti con laurea breve del settore sanitario;  
Per le prestazioni di fisiokinesiterapia, chiroterapia, cure fisiche e riabilitative e terapie varie, è necessario che la data della prescrizione non sia antecedente di oltre 3 mesi rispetto alla data della fattura/ricevuta e indichi con chiarezza la durata della prestazione (max. 3 mesi) e il numero delle sedute curative (max 10). Non sono rimborsabili gli abbonamenti di qualsiasi genere.  
**Non è necessaria la prescrizione per:** visite pediatriche, omeopatiche e specialistiche varie, esami di laboratorio, ecografie, radiografie ed esami similari;
- c) Le prestazioni di logopedia devono essere prescritte dallo Psichiatra o dallo Psicologo e la prestazione deve essere effettuata da un logopedista, iscritto all'albo.

### C. CONTRIBUTO PER CURE IDROPINICHE/TERMALI

Su ogni fattura/ricevuta fiscale presentata/e verrà applicato uno scoperto pari al 20% del totale della/e stessa/e.

E' previsto per gli iscritti, i familiari a carico e i superstiti un contributo pari all'80% della spesa sostenuta al netto dello scoperto di cui sopra, compresi i ticket, sino ad un massimo di **150,00 €** pro capite annuo.

Documentazione necessaria per il rimborso della spesa sostenuta:

- a) fatture e/o ricevute valide ai fini fiscali, più la fotocopia delle stesse, con la specifica delle prestazioni effettuate;
- b) la prescrizione può essere rilasciata dal medico del S.S.N., dal medico di famiglia, dallo specialista delle Terme o dal medico con specializzazione riferita alla patologia che dà luogo alla richiesta di rimborso.

### Articolo 13 - RIMBORSO DEI TICKET PER PRESTAZIONI ASSISTITE DAL S.S.N.

E' previsto per tutti gli aventi diritto alle prestazioni, un rimborso del 100% della spesa sostenuta per ticket, (ad esclusione dei ticket sui medicinali di cui all'art. 4 del presente Regolamento e dei ticket per le cure termali rimborsati secondo le previsioni dell'art. 12, lettera D), con un massimo di **520,00 €** pro capite annuo.

Saranno esclusi dal rimborso e inseriti nell'art. 12, lettera A), i documenti di spesa in cui il ticket non sia esplicitamente indicato e quelli che oltre al ticket riportano altre voci di spesa a prezzo pieno.