

**Polizza Sanitaria
Contratta per conto del
Banco di Sardegna
a favore degli Impiegati delle Aree Prof. E Q1 Q2**

Contraente: Casdic
Polizza n° 2017/05/2745447

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:
- Nota Informativa, comprensiva del Glossario

Condizioni di Assicurazione



DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Contraente: La Cassa di Assistenza CASDIC

Impresa: Società Reale Mutua di Assicurazioni

Assicurato: Il personale dipendente Aree Prof. Q1 – Q2 del Banco di Sardegna S.p.A.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla polizza;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; sono considerati infortuni l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore, quelli sofferti in stato di malore o di incoscienza;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Day hospital: la degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura;

Istituto di Cura: ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Difetto fisico o malformazione: anomalie di parti anatomiche, obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticate prima della stipulazione del contratto;

Protesi: Sostituzioni anatomiche o funzionali di organi, arti o segmenti d'arto mancanti o mal funzionanti, mediante speciali dispositivi applicati sia internamente che esternamente.

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato;

Scoperto: la somma, espressa in valore percentuale che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato.

ARTICOLO 1. IDENTIFICAZIONE DEGLI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'assicurazione è prestata a favore del personale impiegatizio non direttivo del Banco di Sardegna spa e dei relativi familiari (coniuge e figli non coniugati) fiscalmente a carico conviventi e non, purché la non convivenza sia stata preventivamente segnalata nel modulo di adesione alla Cassa, come da elenco telematico fornito dalla Banca :

- durante il permanere del rapporto con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione successiva alla cessazione del rapporto stesso (salvo quanto disposto dal successivo articolo 6);
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati.

ARTICOLO 2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**A. RIMBORSO DELLE SPESE OSPEDALIERE**

L'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino alla concorrenza del massimale Illimitato per anno assicurativo e nucleo familiare .

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in Istituto di cura pubblico privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital), o d'intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia, gravidanza o parto e infortunio:

- per gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza (senza alcun limite pro die) e gli onorari dei medici e dell'équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso);
Per gli interventi chirurgici effettuati in ambulatori privati, il rimborso per quanto sopra verrà corrisposto detraendo, dall'importo liquidabile a termini di polizza, uno scoperto del 20% con un minimo di € 500,00.
- per gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 150 giorni che precedono il ricovero, o l'intervento ambulatoriale, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale medico autorizzato e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) sostenute nei 150 giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con costo a carico totale del SSN, verrà corrisposta all'Assicurato un'indennità giornaliera di Euro 75,00 (ridotte a Euro 30,00 in caso di day hospital) per un massimo di 300 giorni per anno assicurativo. Il giorno del ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione come giorno unico. Dall'importo liquidabile per la diaria sostitutiva, esclusa la diaria per il day-hospital, verrà detratta una franchigia fissa di € 150,00 pari a n° 2 giorni di ricovero, pertanto considerato quanto sopra la franchigia sarà di 3 gg. di calendario.

B. RIMBORSO ULTERIORI SPESE:

- In caso di ricovero in Italia le spese di trasporto con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato a e dall'istituto di cura da un luogo di cura all'altro; in caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, invece, verranno rimborsate le spese di trasporto, del solo Assicurato, effettuato con qualsiasi mezzo pubblico, purché di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero;
- le spese sostenute per l'acquisto di protesi, purché prescritte dal medico curante, resisi necessarie da malattia o infortunio conseguenti o non a ricoveri e/o interventi chirurgici entro il limite di Euro 1.000,00 per anno assicurativo per nucleo familiare , il rimborso verrà effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% con un minimo di €15,00, restano

escluse i presidi ortopedici quali ventriere, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, bastoni ortopedici e stampelle, i bendaggi anche rigidi e le protesi oculistiche;

- le spese sostenute per rette alberghiere di un accompagnatore, fino ad un massimo di Euro 100,00 giornaliera per ogni giorno di ricovero anche per day-hospital e per non più di 90 giorni per anno assicurativo;
- in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto entro il limite del massimale;
- in caso di decesso, conseguente a uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il trasporto della salma, entro il limite Euro 5.000,00 per anno assicurativo e nucleo;
- in caso di ricovero di uno o più componenti il nucleo familiare assicurato, immuni comunque da tossicodipendenza alcoolismo alla data di stipulazione del contratto, presso comunità terapeutiche riconosciute da Regioni o Comuni, in quanto colpiti da intossicazione da stupefacenti o alcolici, un'indennità di Euro 2.000,00 per evento e per nucleo familiare; tale indennità sarà versata su presentazione di apposita dichiarazione della Comunità Terapeutica che comprovi il compimento del programma terapeutico individualizzato predisposto dalla Comunità stessa o, comunque, al compimento di un biennio di comprovato ricovero continuativo, in caso di maggior durata del programma.

Oltre a quanto sopra, l'Impresa rimborserà in caso di malattia oncologica, entro il limite del massimale di Euro 20.000,00 per evento:

- le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- in presenza di ricovero, le spese per visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei 2 anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 giorni successivi alla data di dimissione.
- in caso di terapia oncologica, nei primi 2 anni dall'accertamento della malattia, le spese di trasporto con qualsiasi mezzo di linea, sostenute dal solo Assicurato, dal proprio domicilio al luogo di cura e viceversa fino ad un massimo di Euro 2.000,00 per anno/nucleo;

L'Impresa rimborsa altresì in caso di ricovero per non autosufficienza, a seguito di un infortunio o di una malattia che abbia provocato all'assicurato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50 %, una diaria di Euro 100,00 per un massimo di 200 giorni per evento (per tale intendendosi l'infortunio o la malattia).

C. RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

L'Impresa nel caso di un infortunio od una malattia, purché documentata da certificazione medica attestante la patologia presunta o accertata, rimborsa fino alla concorrenza del massimale di **Euro 8.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare il pagamento delle spese sostenute per accertamenti diagnostici.

Sono escluse della presente garanzia le spese relative a:

1. Esami del sangue, delle urine e delle feci;
2. MOC e Pap Test;
3. Test di qualsiasi tipo per intolleranze alimentari;
4. Visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura;
5. Le prestazioni di medicina preventiva come i check-up, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche che siano state generate senza una precisa o presunta patologia.

Per la presente garanzia rimarrà a carico degli Assicurati uno scoperto del 20% dell'importo liquidabile a termini di polizza.

ARTICOLO 3. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'U.I.C.

ARTICOLO 4. TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno 31.12.2017.

Gli Assicurati ricoverati presso Istituti di cura alla predetta data di decorrenza, sono assicurati per tutte le spese riferite a prestazioni successive alla medesima data.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno su indicato se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro i 30 giorni successivi alla sua decorrenza; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

ARTICOLO 5. LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono esclusi dell'assicurazione:

- le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, salvo quanto disposto dal precedente art. 2;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto o dei contratti sostituiti per il medesimo rischio stipulati con la Società o con altri, mentre rientrano in garanzia le prestazioni mediche dovute alle suddette patologie che non comportino la correzione o l'eliminazione del difetto fisico o della malformazione);
- le prestazioni di carattere dietologico;
- le prestazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia oncologica o infortunio);
- le cure, le terapie di qualsiasi tipo in assenza di ricovero, salvo quanto disposto dalle Condizioni Generali di Polizza,
- le cure e le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita; l'agopuntura non effettuata da medico;
- l'aborto volontario;
- gli accertamenti e le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le periodontopatie, salvo che conseguenti a infortunio o che siano conseguenti a radiazioni utilizzate per terapie mediche oncologiche;
- gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dall'articolo 2;
- le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche oncologiche;
- gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- gli infortuni derivanti da guerre e insurrezioni; le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se, ed in quanto, l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

ARTICOLO 6. PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto dell'Assicurato con la Contraente: allo scioglimento di detto rapporto la garanzia cessa con effetto dalla prima scadenza annuale dell'assicurazione.

Per i familiari dell'assicurato, l'assicurazione si intende valida sino al compimento del 75° anno di età e/o fino alla cessazione del carico a fini fiscali.

ARTICOLO 7. OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI

L'Assicurato dovrà presentare denuncia/ richiesta di rimborso scritta a Blue Assistance.

Le denunce / richieste di rimborso dovranno essere corredate dalla necessaria documentazione medica e inoltrate dopo un mese dalla data della prima ricevuta di cui si richiede il rimborso, ivi comprese tutte le ricevute/fatture rimborsabili sostenute fino alla data della presentazione della stessa denuncia/ richiesta di rimborso. Analogamente si dovrà procedere per le denunce/ richieste successive alla prima.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto, devono fornire a Blue Assistance ogni informazione, produrre copia delle eventuali cartelle cliniche, consentire la visita di medici dell'Impresa e qualsiasi altra indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Ed inoltre, a seguito di eventuale richiesta dell'Impresa, documentare il carico fiscale dell' avente diritto alla prestazione.

ARTICOLO 8. CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, a termini della presente polizza, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

L'Impresa, su richiesta dell'Assicurato, restituisce i predetti originali, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'indennità.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dall'articolo 9.

Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

ANTICIPO

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, l'Impresa corrisponde su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione della richiesta scritta dell'Istituto di Cura l'importo concordato a tale titolo entro l'80% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

ARTICOLO 9. RINUNCIA DELL'IMPRESA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa dichiara di rinunciare, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che possa competere per l'articolo 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili; di conseguenza l'Impresa provvederà al rimborso integrale di quanto contrattualmente previsto.

ARTICOLO 10. DEFINIZIONE, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al perfezionamento della presente polizza la Contraente versa il premio in acconto di Euro 300,00 per n. 2.578 dipendenti relativo alla annualità assicurativa 31.12.2017 - 31.12.2018.

Resta convenuto che alla scadenza dell'annualità assicurativa o del minor periodo di assicurazione verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero degli assicurati. Per i neoassunti e i neopromossi si conviene tra le parti che le garanzie base avranno effetto dal momento dell'assunzione o della promozione.

La Contraente si obbliga ad esibire, alle persone incaricate dall'Impresa di effettuare accertamenti e controlli, i registri necessari.

La differenza di premio risultante dalla regolazione dovrà essere versata entro 30 giorni dalla data della comunicazione dell'Impresa.

Ai fini del pagamento del premio resta comunque inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo;
- in caso di decesso dell'Assicurato, l'Impresa provvederà alla restituzione del premio, calcolato in dodicesimi, a partire dal primo giorno del mese successivo al decesso stesso.

Se non vengono pagati i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della decorrenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

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

ARTICOLO 11. SCADENZA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha una durata di anni tre e scadrà pertanto alle ore 24.00 del 31.12.2020, ed in mancanza di disdetta spedita almeno 120 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima viene prorogata di un ulteriore triennio.

ARTICOLO 12. ABBUONO DI PREMIO

L'impresa effettuerà alla fine della annualità assicurativa una verifica tecnica del rapporto sinistri/premi.

Tale verifica terrà conto:

All'attivo:

della totalità dei premi netti incassati relativi all'annualità trascorsa.

Al passivo:

- dell'ammontare dei sinistri pagati nell'annualità trascorsa;
- dell'ammontare delle riserve dei sinistri da liquidare (nella misura stabilita dall'Impresa) relative all'annualità trascorsa;
- delle spese di gestione convenzionalmente stabilite nella misura del 40% dei premi pagati.

Se il rapporto sinistri/premi, calcolato come sopra, risultasse positivo, il 20% dell'eccedenza verrà rimborsato al Contraente a titolo di "abbuono di premio".

ARTICOLO 13. CONTROVERSIE ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, 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 Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ARTICOLO 14. COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA IMPRESA

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o per pec.

Le comunicazioni da parte del Cliente possono avvenire o direttamente presso l'Agenzia Affari Speciali di Reale Mutua a Torino o attraverso il broker incaricato dalle parti Doubles Insurance Srl.

ARTICOLO 15. FACOLTA' DI RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Impresa ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso l'Impresa rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto dell'Impresa non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

ARTICOLO 16. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è disciplinato dal contratto, valgono le norme di legge.

Il Contraente

Reale Mutua di Assicurazioni

Sassari, lì 31/12/2017

Agli effetti dell'art. 1341 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Articolo 13. CONTROVERSIE ARBITRATO IRRITUALE

Il Contraente

Reale Mutua di Assicurazioni

Sassari, lì 31/12/2017

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**ARTICOLO 1. PRESTAZIONI INTEGRATIVE FAMILIARI FISCALMENTE NON A CARICO PURCHE' CONVIVENTI**

E' data facoltà agli assicurati di includere in garanzia i familiari fiscalmente non a carico (coniuge e figli non coniugati, compreso il convivente more uxorio), purché conviventi a condizione che siano assicurati tutti i familiari, aventi diritto, risultanti dallo stato di famiglia.

L'adesione a tale copertura dovrà avvenire entro 30 gg dalla stipula del contratto e non potranno essere accolte inclusioni in corso d'anno.

Il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni familiare di cui sopra si intende stabilito in Euro 50,00.

Solo i neoassunti o neopromossi oppure il personale assicurato che nel corso dell'anno si sposterà ed il coniuge non sarà fiscalmente a carico, potranno chiedere l'inserimento dei familiari fiscalmente non a carico nella polizza, facendo pervenire la scheda di adesione o dandone comunicazione scritta all'Impresa, entro un mese dalla data dell'evento sopra considerato, analogamente nel caso di cessazione del carico fiscale di un familiare.

ARTICOLO 2. PRESTAZIONI INTEGRATIVE FACOLTATIVE

È data facoltà ai dipendenti di estendere la copertura assicurativa al rimborso, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 per nucleo familiare ed anno assicurativo, delle spese sostenute per:

1) Accertamenti diagnostici, purché documentati da certificazione medica, non compresi all'articolo 2 "Oggetto dell'Assicurazione" punto C:

- Esami del sangue, delle urine e delle feci;
- MOC e Pap Test;
- Test di qualsiasi tipo per intolleranze alimentari;

2) Visite mediche specialistiche (ambulatoriali o domiciliari, con l'esclusione comunque di quelle odontoiatriche ed ortodontiche, ma con inclusione di quelle omeopatiche), pertinenti ad un infortunio od una malattia purché documentate da certificazione medica attestante la patologia presunta o accertata.

Restano sempre escluse le prestazioni di medicina preventiva come i check-up, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche che siano state generate senza una precisa o presunta patologia.

Le prestazioni saranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 40,00 per evento. (Intendendosi per "evento" gli accertamenti e le visite specialistiche effettuate nell'arco temporale di 3 mesi, relative alla malattia o disturbo sofferto e presentate in un'unica richiesta di rimborso).

Qualora l'Assicurato si rivolga al Servizio Sanitario Nazionale o a Medici o Ambulatori che applichino le tariffe pari o inferiori a quelle del SSN, per effettuare Visite Specialistiche e tutti gli accertamenti diagnostici, non si applicherà alcun scoperto e franchigia.

Esclusivamente per i figli minorenni, a parziale deroga del 1° comma dell'art.5 (Limiti delle prestazioni), le garanzie prestate sono operanti fino ad un massimo di €. 1.000,00 per persona e per anno assicurativo per le malattie mentali e disturbi psichici in genere.

Qualora l'Assicurato, residente in Sardegna, necessiti di intervento chirurgico nel continente l'Impresa rimborsa le spese, sostenute dal solo Assicurato per il solo viaggio di andata e ritorno, relative all'intervento con mezzi di linea regolari fino ad un massimo di €. 300,00 per anno assicurativo e nucleo.

L'adesione a tale copertura dovrà avvenire entro 30 gg dalla stipula del contratto rinnovo e non potranno essere accolte inclusioni in corso d'anno.

Il premio annuo lordo si intende stabilito in Euro 80,00 per il solo dipendente che intende aderire a tale prestazione integrativa, elevato a Euro 140,00 se la copertura viene estesa anche al nucleo familiare.

Per i nuclei familiari dove i due coniugi sono impiegati del Banco di Sardegna e per entrambi è stato corrisposto il premio per la garanzia base, l'adesione agli art. 1 e art. 2 delle prestazioni integrative di cui sopra è gratuita.

ARTICOLO 3. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE CONSERVAZIONE DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DEI DIPENDENTI POSTI IN QUIESCENZA.

L'Impresa è disposta a mantenere in vigore la copertura per i dipendenti posti in quiescenza in data successiva alla stipulazione del presente contratto e per il loro nucleo familiare alle stesse condizioni di quella prevista per i dipendenti in servizio.

E' consentito estendere la garanzia al personale e relativo nucleo familiare posto in quiescenza in data antecedente alla stipula della presente polizza, purché questo sia stato assicurato con la polizza sanitaria precedente alla data del 31/12/2017.

Per il personale posto in quiescenza e i relativi familiari l'assicurazione opera per le persone di età non superiore ai 75 anni, raggiunto tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio.

Il premio annuo, comprensivo d'imposta, per ogni nucleo familiare di cui sopra si intende stabilito in Euro 600,00.

L'adesione a tale copertura dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stipula del contratto e non potranno essere accolte inclusioni in corso d'anno.

ARTICOLO 4. NORMA TRANSITORIA

E' consentito, includere in garanzia il personale ammesso a fruire degli assegni straordinari per il sostegno del reddito a carico del fondo di solidarietà di cui all'accordo A.B.I.

Il premio annuo comprensivo di imposte, per ogni dipendente e nucleo familiare ammonta a Euro 300,00.

Il Contraente

Reale Mutua di Assicurazioni

Sassari, lì 31/12/2017