

COPERTURA OBBLIGATORIA MALATTIA PER VOLONTARI

3 - NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERI DA MALATTIA

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) conseguente a malattia manifestatasi durante lo svolgimento dell'attività di volontariato (salvo quanto indicato all'Art. "Esclusioni"), l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera pari a euro 25,00, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di trenta giorni per ricovero.

L'indennità verrà corrisposta a partire dal 6 giorno computabile a termini di polizza (franchigia 5 giorni).

La garanzia non è operante in caso di Day Hospital o Day Surgery.

Ai fini dell'operatività della copertura, occorre che:

- il ricovero avvenga tramite accesso al Pronto Soccorso, a seguito di intervento del servizio di soccorso 118.
- Il Contraente documenti in maniera puntuale ed esauriente il turno di servizio di volontariato svolto dall'Assicurato al momento del verificarsi l'evento.

Art. 3.2 - Efficacia dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 dal giorno di decorrenza della copertura assicurativa.

Art. 3.3 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni in generale;
- i disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- le intossicazioni causate da abuso di alcolici, da uso di allucinogeni, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- le cure dentarie e le periodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- il Parto, l'aborto terapeutico e l'interruzione volontaria della gravidanza;
- le conseguenze derivanti da:
 - guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
 - le conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva, indipendentemente dalle cause che le hanno generate;

- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- gli interventi chirurgici finalizzati alla correzione dei vizi di rifrazione;
- le procedure mediche ed interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- le terapie, di qualsiasi tipo, finalizzate alla fecondazione assistita;
- le malattie oncologiche;
- le malattie da contagio;
- Le malattie pandemiche.

Art. 3.4 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.5 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

alcolismo e tossicodipendenza; sieropositività ove già diagnosticata dal test HIV; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). La sopravvenienza in corso di contratto delle predette affezioni comporta, nei confronti dell'Assicurato, la cessazione dell'Assicurazione con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età.

Art. 3.6 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato, devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro quindici giorni dal ricovero.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 3.7 - Valutazione dell'indennità- Ricorso all'arbitrato

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario 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 dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano 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 dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 3.8 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 3.9 - Liquidazione dell'indennità

Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a termini di polizza viene effettuato, a cura ultimata, su presentazione in originale di regolare attestato di degenza in Istituto di cura.

L'indennità pattuita verrà corrisposta a partire dal primo giorno di ricovero (ferma l'applicazione della franchigia prevista all'Art. "Oggetto dell'assicurazione").

Il giorno di dimissione, indipendentemente dall'ora in cui la medesima si è verificata, non verrà conteggiato non essendosi verificato il pernottamento, salvo quanto previsto all'Art. "Oggetto dell'assicurazione" per il ricovero in "day hospital".

Per i ricoveri avvenuti all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia, in euro.

4 - INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA MALATTIA DA CONTAGIO.

SI INCLUDE LA COPERTURA PER MALATTIE DA CONTAGIO (ad esclusione di COVID-19 e Pandemie)

In caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata conseguente a malattia da contagio contratta in servizio e per causa di servizio, l'Assicurato ha diritto all'indennità giornaliera di euro 10,00 per ciascun giorno di degenza a partire dal quinto giorno e con un limite massimo di trenta giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

L'assicurazione non è operante per i ricoveri conseguenti a malattie preesistenti alla data di effetto del contratto.

Il giorno di ingresso e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione. L'impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.