

SALUTE COMPLETA

Condizioni di Assicurazione

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), le scadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in carattere sottolineato.

SOMMARIO

DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	7
GARANZIE ASSICURATE	9
DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI	13
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	15
ALLEGATO	17

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza: il periodo di tempo durante il quale l'eventuale sinistro non rientra in garanzia.

Cartella Clinica: il documento ufficiale redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, la diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici eseguiti, gli esami ed il diario clinico, scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: la struttura, anche non adibita al ricovero, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie, esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Customer Care Center: il servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione ed al collegamento col network medico.

Day Hospital: il ricovero in regime di degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, in Istituto di Cura. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto Fisico: l'alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata, sia di tipo acquisito durante lo sviluppo fisiologico, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da malformazione congenita.

Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale.

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente.
La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennizzo/Rimborso: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: l'atto medico avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Ambulatoriale: la procedura di piccola chirurgia eseguita senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Istituto di Cura: l'ospedale, clinica universitaria o casa di cura privata, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime di ricovero. Non sono considerati 'Istituti di Cura' gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno, nonché i "centri benessere" e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Lungodegenza: il ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Massimale: la somma, cioè la spesa massima rimborsabile, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Assicurato e per anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modulo di Polizza: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi del Contraente, i soggetti assicurati, ecc).

Network/Rete: gli ospedali e gli istituti di carattere scientifico, le case di cura, i centri diagnostici ed i poliambulatori, nonché i medici che esercitano nell'ambito di queste, convenzionati dalla Società Newmed S.p.A. per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni suddette, nelle seguenti forme:

- in forma diretta: senza esborso di denaro da parte dell'Assicurato;
- in forma indiretta: con l'utilizzo delle tariffe preferenziali.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito www.dkvsalute.it

Pagamento in Forma Mista: il pagamento che la Società effettua per le prestazioni mediche eseguite presso Istituti di Cura e da professionisti, parte convenzionati con il Network e parte non convenzionati. I casi che si possono verificare sono: a) Istituto di Cura in Network e professionisti fuori Network; b) Istituto di Cura fuori Network e professionisti in Network.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'assicurazione.

Questionario Sanitario: il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: DKV Salute S.p.A.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite a cura di Centri Medici, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.2 Altre assicurazioni

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art.3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, fermo quanto previsto dall'art.14 "Termini di Carenza". Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art.4 Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta data dalla Società o dal Contraente con lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza della polizza, questa è prorogata di anno in anno.

In caso il premio previsto per l'annualità successiva sia superiore a quello in corso, trenta giorni prima della scadenza della polizza la Società comunicherà il nuovo importo. Il Contraente avrà facoltà di disdetta fino alla data di scadenza indicata nel Modulo di polizza.

Art.5 Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero, con l'intesa che le liquidazioni dei danni saranno effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art.6 Residenza

La polizza è valida per gli assicurati residenti in Italia.

Il trasferimento della residenza all'estero, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile. La Società provvede al rimborso della parte di premio al netto di imposte relativo al periodo di garanzia non goduto.

Inoltre, essendo la residenza uno dei parametri di rischio su cui è calcolato il premio, l'eventuale cambio di residenza in Italia dovrà essere comunicato alla Società e potrà portare ad una variazione, positiva o negativa, del premio stesso.

Art.7 Modifica e Comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata A.R., telegramma oppure fax alla sede dell'intermediario o alla sede della Società. Qualunque variazione dell'assicurazione dovrà risultare da atto scritto.

Art.8 Assicurazione per conto altrui

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art.9 Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente.

Art.10 Foro Competente

Per ogni controversia tra la Società e il Contraente/Assicurato è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria ove il Contraente/Assicurato ha la sede, residenza o il domicilio.

Art.11 Rinvio alle Norme di Legge

L'Assicurazione è disciplinata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

GARANZIE ASSICURATE

Art.12 Premessa

Le garanzie sono prestate in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel relativo Questionario Sanitario. Le dichiarazioni rese devono essere veritiere e complete. La mancata compilazione del Questionario Sanitario, rende inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa compilazione e/o sottoscrizione.

Art.13 Oggetto dell'Assicurazione

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e con i limiti descritti nell'allegato secondo l'opzione prescelta, specificatamente per ogni singolo punto, a seguito di malattia e/o infortunio, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato per:

A) Ricovero

1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, gli onorari medici effettuati entro il numero di giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, gli onorari medici, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro il numero di giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

2) Degenza in regime di Day Hospital

Durante la degenza

- le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 "durante il ricovero". Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Prima e dopo la degenza (esclusivamente in caso di intervento chirurgico)

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, gli onorari medici sostenuti entro il numero di giorni precedenti e successivi alla degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario la stessa.

3) Parto Fisiologico

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro il sub-massimale indicato in allegato secondo l'opzione prescelta.

Sono altresì rimborsate le spese relative al neonato (nido, ecc.), fermo quanto previsto al punto 8.

4) Parto Cesareo ed Aborto

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro il sub-massimale indicato in allegato secondo l'opzione prescelta.

Sono altresì rimborsate le spese relative al neonato (nido, ecc.), fermo quanto previsto al punto 8.

Le spese per eventuali interventi concomitanti in sede addomino-pelvica o della parete addominale (ad esempio, appendicectomia, asportazione di cisti ovarica, ernie, ecc.) sono rimborsabili nell'ambito del sub-massimale specifico.

5) Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato.

6) Trasporto dell'Assicurato

il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

7) Trapianti

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni descritte al punto 1, qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato sono anche comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo dell'organo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

8) Neonati

le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio o malattia, del figlio neonato (senza necessità di indicazione in polizza), purché risultino assicurati entrambi i genitori. La garanzia è prestata esclusivamente per i primi due mesi di vita ed è operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorso 300 giorni dalla data di effetto della polizza.

9) Indennità Sostitutiva

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero, pari all'importo indicato in allegato secondo l'opzione prescelta. In caso di Day Hospital l'importo è ridotto al 50%.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero con pernottamento, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni descritte al punto 1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero. In caso di Day Hospital vale quanto previsto al punto 2.

A parziale deroga dell'art.15 punto 14, l'indennità suddetta opera anche per le sole patologie correlate ai difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla stipula della polizza.

RICOVERO IMPROPRIO

Le spese relative al ricovero improprio verranno rimborsate nell'ambito delle garanzie "Prestazioni di Diagnostiche lett. B" e/o "Visite Specialistiche/Accertamenti" lett. C.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e con i limiti descritti nell'allegato secondo l'opzione prescelta, a seguito di malattia e/o infortunio, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato per:

B) Prestazioni di Diagnostica

1) Alta Diagnostica

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- Risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- Coronarografia
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)

- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia
- Esami Istologici
- Amniocentesi e Villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)

2) Diagnostica Strumentale Standard

- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- M.O.C. (densitometria ossea)

C) Visite Specialistiche/Accertamenti

(Cure domiciliari ed Ambulatoriali), con esclusione delle prestazioni indicate alla lettera B

- visite specialistiche, con l'esclusione di visite odontoiatriche ed ortodontiche;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio prescritti dal Medico, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- noleggio di apparecchiature per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- agopuntura purché praticata da Medici;
- assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal Medico.

D) Lenti/Occhiali

l'acquisto di lenti per occhiali, montature, lenti a contatto (escluse le "usa e getta"), a seguito di modifica visus certificata da medico oculista.

Sono escluse le visite specialistiche per certificare il solo cambio visus anche nell'ambito della garanzia "Visite Specialistiche/Accertamenti" lett. C.

TICKET

Qualora le spese, sostenute nell'ambito delle garanzie lett. A - B - C, vengano effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'importo dei ticket sarà rimborsato al 100%.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art.14 Termini di Carenza

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto e le malattie da gravidanza, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- per le malattie che siano conseguenza di situazioni patologiche non note all'Assicurato ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per i casi di parto e patologie del puerperio, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art.15 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo l'uso terapeutico;
- 6) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;

- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 8) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- 9) le applicazioni di carattere estetico;
- 10) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali;
- 11) l'interruzione volontaria della gravidanza;
- 12) gli interventi di chirurgia plastica salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per tumori maligni;
- 13) le cure e gli accertamenti odontoiatrici/ortodontici e le protesi dentarie;
- 14) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative a bambini di età inferiore a tre anni assicurati dalla nascita e quanto previsto all'art. 13 punto 9 "Indennità Sostitutiva";
- 15) le prestazioni di medicina alternativa o non convenzionale, salvo l'agopuntura se eseguita da medici iscritti all'Albo;
- 16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 18) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità;
- 19) le prestazioni non effettuate da medico o a cura di Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
- 20) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 21) le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 22) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
- 23) le lungodegenze;
- 24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze;
- 25) le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze, salvo quelle indicate nel Questionario Sanitario e non esplicitamente escluse.

Art.16 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, malattie mentali e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. In questo caso la Società provvede al rimborso della parte di premio al netto di imposte relativo al periodo di garanzia non goduto.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art.17 Obblighi del Contraente/Assicurato

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a 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.

Art.18 Modalità di pagamento

la Società indennizza l'Assicurato nel seguente modo:

- Pagamento indiretto – Rimborso all'Assicurato

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in originale delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale e garanzie Extraospedaliere;
- 3) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico o da Medico Specialista.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa unitamente al modulo di richiesta di rimborso, opportunamente predisposto.

- Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi. Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere a condizione che la spesa preventivata sia pari o superiore a Euro 1.000,00.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

In caso di pagamento in Forma Mista, l'Assicurato deve inviare il preventivo delle spese relative alla parte non convenzionata.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Newmed S.p.A. con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzione suddetta.

La Società mette a disposizione il proprio Customer Care Center per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti e Medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

Il Customer Care Center è accessibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00 al seguente numero verde:

800 916263 (solo dall'Italia)

in alternativa: **+39 02/74.20.42.52** (da cellulari, dall'Italia e dall'estero)

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestatati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.dkvsalute.it.

In ogni caso (pagamento diretto ed indiretto) gli originali delle notule, distinte e ricevute verranno restituiti agli Assicurati con posta ordinaria.

Art.19 Controversie

In caso di controversie di natura medica sul rimborso delle spese sostenute da malattia o da infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti in comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle 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.

ALLEGATO

MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE

OPZIONE		BASE
A	PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A1. A2.	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento ed Intervento ambulatoriale Massimale Condizioni: in rete fuori rete misto Pre/post	€ 250.000 previsto al 100% scoperto 15% per le spese in rete e fuori rete valgono le condizioni sopra descritte 90/90 giorni
A3.	Sub-massimali: Parto Fisiologico	€ 2.500
A4.	Parto Cesareo/Aborto	€ 5.000
A5.	Accompagnatore	€ 80 al giorno - max 50 giorni
A6.	Trasporto dell'assicurato	€ 3.000
A9	Indennità Sostitutiva Pre/post Ticket	€ 150 al giorno - max 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% 90/90 giorni previsti al 100%
	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B	Prestazioni di Diagnostica Massimale Condizioni Ticket	€ 4.000 scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
C	Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: - assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 3.000 scoperto 20% minimo € 50 € 35 al giorno - max 15 giorni previsti al 100%
D	Lenti/Occhiali Massimale Condizioni	€ 300 franchigia € 30

OPZIONE		PLUS
A	PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A1. A2.	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento ed Intervento ambulatoriale Massimale Condizioni: in rete fuori rete misto Pre/post	€ 350.000 previsto al 100% scoperto 15% per le spese in rete e fuori rete valgono le condizioni sopra descritte 100/100 giorni
A3.	Sub-massimali: Parto Fisiologico	€ 3.000
A4.	Parto Cesareo/Aborto	€ 6.000
A5.	Accompagnatore	€ 100 al giorno - max 50 giorni
A6.	Trasporto dell'assicurato	€ 3.500
A9	Indennità Sostitutiva Pre/post Ticket	€ 200 al giorno - max 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% 100/100 giorni previsti al 100%
	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B	Prestazioni di Diagnostica Massimale Condizioni Ticket	€ 5.000 scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
C	Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: - assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 4.000 scoperto 20% minimo € 50 € 35 al giorno - max 15 giorni previsti al 100%
D	Lenti/Occhiali Massimale Condizioni	€ 400 franchigia € 30

OPZIONE		TOP
A	PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A1. A2.	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento ed Intervento ambulatoriale Massimale Condizioni: in rete fuori rete misto Pre/post	€ 500.000 previsto al 100% scoperto 15% per le spese in rete e fuori rete valgono le condizioni sopra descritte 120/120 giorni
A3.	Sub-massimali: Parto Fisiologico	€ 4.000
A4.	Parto Cesareo/Aborto	€ 8.000
A5.	Accompagnatore	€ 150 al giorno - max 50 giorni
A6.	Trasporto dell'assicurato	€ 4.500
A9	Indennità Sostitutiva Pre/post Ticket	€ 250 al giorno – max 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% 120/120 giorni previsti al 100%
	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B	Prestazioni di Diagnostica Massimale Condizioni Ticket	€ 6.000 scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
C	Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: - assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 5.000 scoperto 20% minimo € 50 € 35 al giorno - max 15 giorni previsti al 100%
D	Lenti/Occhiali Massimale Condizioni	€ 500 franchigia € 30