

**POLIZZA SANITARIA A FAVORE DEI  
DIACONI  
ASSOCIATI ALLA F.A.C.I.  
(Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia)**



La Cattolica Assicurazioni Soc.Coop. (in seguito denominata Società) in base alle norme che regolano l'assicurazione, che il Contraente dichiara di conoscere ed accettare, si obbliga a fornire le prestazioni assicurative previste all'art.15 - Oggetto dell'Assicurazione - a favore delle persone (in seguito denominate Assicurato) indicate nell'elenco fornito dal Contraente secondo quanto previsto dall'art.12 delle norme.

**CONTRAENTE: ASSICATTOLICA**  
Via Carlo Ederle n. 45 – 37126 Verona  
C.F. 93108160230

**ASSOCIATO: F.A.C.I.**  
Largo Galamini, 7 - 00165 Roma  
C.F. 01018481000

## DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

- **Assicurazione** : il contratto di assicurazione;
- **Polizza** : il documento che prova l'assicurazione;
- **Assicurato** : il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Società** : l'impresa assicuratrice Cattolica Assicurazioni Soc.Coop.;
- **Premio** : somma dovuta dal Contraente alla Società;
- **Sinistro** : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Indennizzo** : la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **Malattia** : ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio constatata da un medico o da una autorità sanitaria;
- **Infortunio** : ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- **Ricovero** : la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura pubblico o privato;
- **Day-Hospital** : degenza senza pernottamenti in Istituti di cura pubblici o privati;
- **Istituto di cura** : gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, così come definite dalle vigenti disposizioni, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno.
- **Scoperto** : la parte di spesa, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
- **Protesi** : artificio tecnico che ha lo scopo di sostituire la funzione di un organo o di migliorarne le prestazioni.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### **Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 C.C.

### **Art.2 - Altre assicurazioni**

I rimborsi eventuali in virtù di altre polizze anche se non sottoscritte e/o pagate direttamente dall'Assicurato non saranno presi in considerazione dalla Società.

### **Art.3 - Pagamento del premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 C.C.

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

**Nel caso in cui il premio sia superiore a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), il pagamento dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario.**

**AVVERTENZA: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di pagamento, il cui importo sia superiore complessivamente a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), lo stesso dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario con le modalità sopra indicate.**

### **Art.4 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **Art.5 - Variazioni di rischio**

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le variazioni nel numero delle persone assicurate, con le modalità descritte al successivo articolo 12.

Nel caso di variazioni comportanti aumento di premio, il Contraente si impegna a corrispondere il relativo importo entro i 15 giorni dalla data di presentazione dell'appendice che verrà emessa dalla Società, ai sensi del successivo articolo 12, con l'applicazione, in difetto dell'art.1901 C.C.

Nel caso di variazione comportante diminuzione di rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o Assicurato, ai sensi dell'art.1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **Art.6 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### **Art.7 - Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

**Art.8 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SANITARIA**

**Art.9 - Data di effetto e durata del contratto**

Il contratto entra in vigore alle ore 24.00 del 31 dicembre 2014 per una durata di mesi dodici e si conclude alle ore 24.00 del 31 dicembre 2015 senza obbligo di disdetta.

**Art.10 - Estensione territoriale**

L'assicurazione è valida per il mondo intero.

**Art.11 - Rinuncia all'azione di rivalsa**

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che nel caso in cui l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art.1916 C.C.

**Art.12 - Effetto, validità e cessazione della garanzia**

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute in data posteriore a quella di effetto del presente contratto ma prima della cessazione del contratto stesso, anche se relative a ricoveri o a stati di deperimento organico verificatasi in un periodo precedente.

Alla data di inizio del contratto, il Contraente trasmetterà alla Società l'elenco nominativo degli Assicurati, la loro data di nascita e indirizzo.

Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute (vedi articolo5 delle norme che regolano l'assicurazione in generale).

**Art.13 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o Contraente deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro sessanta giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art.1915 C.C.

L'Assicurato inoltre:

- a) in caso di infortunio che comporti ricovero ospedaliero deve comunicare la data dell'infortunio, il luogo dell'accadimento e le relative circostanze e, laddove possibile i nomi degli eventuali testimoni ed autorità intervenute;
- b) in caso di ricovero e, se possibile, prima del suo ingresso nell'Istituto di cura, deve informare la Società tramite questionario all'uopo predisposto;

In tutti i casi la Società si riserva il diritto di pretendere che l'Assicurato produca le informazioni concernenti l'infortunio o la malattia ed il trattamento terapeutico prescritto. Le informazioni riservate possono essere inviate con plico sigillato direttamente al medico indicato dalla Società. La Società può ugualmente, a proprie spese, far sottoporre a visita medica l'Assicurato tramite un medico di proprio gradimento e/o richiedere all'Istituto di cura la documentazione medica ritenuta necessaria.

L'Assicurato è comunque obbligato a sottoporsi alla suddetta visita medico-legale ed agli esami connessi sotto pena della decadenza della garanzia, ma può richiedere la presenza del proprio medico curante.

Qualora ne ricorra l'esigenza, la Società potrà richiedere all'Assicurato di produrre copia della cartella clinica o di altra documentazione medica rilasciata dall'Istituto di cura.

La richiesta di rimborso relativa al presente contratto non potrà essere evasa dalla Società qualora la domanda stessa sia stata fatta a distanza di oltre due anni dalla data del sinistro.

#### **Art.14 - Controversie**

In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società,

l'Assicurato e/o il Contraente si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, 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 Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 la 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 anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

La Società si impegna a designare il proprio medico entro 45 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata con la quale l'Assicurato e/o Contraente hanno comunicato il nominativo del medico da loro incaricato.

Qualora la richiesta verta sul rimborso delle spese sostenute, la controversia si intende invece definitivamente risolta in senso favorevole all'Assicurato.

#### **Art.15 - Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione ha per oggetto il rimborso nei limiti che seguono, delle spese conseguenti a ricovero per intervento chirurgico, ricovero per cure mediche, prestazioni extra ospedaliere ambulatoriali elencate al successivo paragrafo B).

##### **A) Ricovero**

**1a)** La Società risponde delle spese di ricovero reso necessario da malattia o infortunio.

Le spese di ricovero, comprendono, tra le altre, le spese di soggiorno, infermieristiche, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici, e le spese per medicinali e medicazioni, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento **con esclusione delle spese connesse al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura.**

La garanzia si estende altresì alle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di cura e alle spese del viaggio di ritorno a mezzo ambulanza (del malato o della persona deceduta), se l'Assicurato, a causa del suo stato di salute, è impedito di spostarsi con i mezzi di trasporto pubblico.

**1b)** S'intende inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi a ricovero e a day-hospital con intervento chirurgico, **sempreché strettamente connesse alla patologia che ha causato il ricovero o il day-hospital stesso**, conseguenti ad esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera). **Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali.** Relativamente a tali spese **il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di Euro 5.165,00 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.**



**1c) E' compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti l'intervento chirurgico, anche ambulatoriale, **sempreché strettamente connesse e propedeutiche all'intervento chirurgico stesso. Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali.****

Relativamente a tali spese **il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di Euro5.165,00 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.**

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'assicurato.

### **B) Prestazioni extra-ospedaliere**

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali o in regime di dayhospital, prescritti dal medico curante per:

- interventi chirurgici;
- analisi, terapie e trattamenti medici limitatamente a quelli di seguito elencati:
  - ecografia - tac - elettrocardiografia - doppler - diagnostica radiologica - elettroencefalografia -
  - risonanze magnetica nucleare - scintigrafia - cobaltoterapia - chemioterapia - laserterapia -
  - telecuore – dialisi – litotrissia – elettromiografia;
- indagini endoscopiche;
- indagini computerizzate limitatamente a quelle di seguito elencate:
  - del campo visivo – topografia corneale – pachimetria – mineralometria ossea

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'Assicurato.

### **Art.16 - Limitazioni e rischi esclusi**

**L'assicurazione non è operante per:**

- a) le malattie mentali puramente psichiche e funzionali (si intendono, pertanto, comprese le manifestazioni secondarie a malattie organiche quali arteriosclerosi e similari);**
- b) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (sono compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);**
- c) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni;**
- d) le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio;**
- e) le protesi dentarie, le cure dentarie e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;**
- f) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici, ecc.);**
- g) le conseguenze di guerra;**
- h) le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari qualora, prendendone parte, l'Assicurato abbia infranto le leggi in vigore;**
- i) le conseguenze di risse, salvo il caso di legittima difesa.**

### **Art.17 - Criteri di liquidazione**

**Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali o di copia conforme, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.**

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce la predetta documentazione previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.



Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termine del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La gestione delle richieste di rimborso comprende, altresì, i pagamenti diretti agli Istituti di cura nonché eventuali acconti o impenigative, a richiesta dell'Assicurato.

#### ***Art.18 - Pagamento dell'indennizzo***

Il pagamento delle somme dovuto all'Assicurato verrà effettuato tramite il Contraente, che rilascerà quietanza degli importi ricevuti, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di quest'ultima.

La Società, fatta salva l'ipotesi di richiesta dell'interessato prevista al precedente articolo 17, conserva definitivamente i dossier e le note che le sono state trasmesse.

### **PERSONE ASSICURATE E GARANZIE PRESTATE**

D'accordo tra le parti si conviene che la copertura assicurativa prevista dalle condizioni di polizza vale esclusivamente per i DIACONI associati alla FACI, riportati nell'elenco del 31/12/2014.

I dati identificativi di tali assicurati, verranno forniti dal contraente, all'inizio dell'annualità assicurativa. Le modifiche, conseguenti all'inserimento di nuovi associati, segnalate nel corso dell'annualità assicurativa saranno oggetto di successiva regolazione.

A favore di tali Assicurati la garanzia vale per le sole prestazioni previste dall'art.15 lettera A) e B) delle norme che regolano l'assicurazione sanitaria, nonché alle condizioni tutte della normativa di polizza, salvo quanto di seguito precisato.

La garanzia s'intende operante anche per i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra ospedaliere determinate da infortunio o malattia anche se conseguenti a situazioni patologiche insorte anteriormente all'adesione al presente contratto, sempreché non si tratti di situazioni in corso o già diagnosticate al momento dell'adesione al contratto medesimo.

La garanzia non è operante per le persone che abbiano superato il 75° anno di età, tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.



## **Ricorso agli Istituti di cura convenzionati – pagamento diretto delle prestazioni**

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, si rivolga ad una delle strutture elencate nell'Allegato A che segue, per richiedere le prestazioni sanitarie, in caso di ricovero o day hospital in regime di gestione in convenzione, potrà rivolgersi direttamente alla struttura convenzionata.

La Centrale Operativa provvederà ad autorizzare la struttura ad erogare la prestazione richiesta; le spese relative al ricovero verranno pagate direttamente dalla Centrale Operativa alla struttura sanitaria, al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, si rivolga ad una struttura sanitaria convenzionata diversa da quelle elencate nell'allegato A, l'assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa comunicando i propri dati, l'eventuale struttura sanitaria prescelta, le prestazioni sanitarie richieste ed il proprio recapito telefonico (se in possesso, anche il numero di fax e l'indirizzo e-mail).

Successivamente la Centrale Operativa invierà all'assicurato, telefonicamente o tramite fax, e-mail o telegramma, la conferma della presa in carico della richiesta del pagamento diretto presso la casa di cura concordata, comunicando la data del ricovero o del day hospital.

Le spese relative al ricovero verranno pagate direttamente dalla Centrale Operativa, al netto delle eventuali

franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Restano a carico dell'assicurato anche le spese relative a prestazioni non garantite dal contratto, le spese eccedenti il massimale assicurato e le spese non autorizzate dalla Centrale Operativa.

Nel caso in cui le verifiche diano esito negativo, la Centrale Operativa ne anticiperà telefonicamente le motivazioni all'assicurato e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione con le modalità concordate.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'associato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità previste dalle condizioni di assicurazione.

La Centrale Operativa è in funzione:

dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì

e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato

dal numero

**015-255 95 23**

La Società si impegna ad aggiornare tempestivamente l'associato di ogni modifica relativa all'elenco delle case di cura convenzionate.