

APPENDICE DI CONTRATTO

COMUNICAZIONE NR. 9/2016

Con effetto dal 31.08.2016, di comune accordo tra le parti, si conviene che l'articolo 15 "Oggetto dell'assicurazione" viene annullato e sostituito dal seguente:

Articolo 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)

assistenza medica a domicilio, conseguenti a malattia, infortunio, stato di deperimento organico, con le modalità previste al successivo paragrafo C)

assistenza presso Istituto di cura

spese per acquisto di protesi

L'assicurato avrà libera scelta, in Italia o all'estero, del medico curante, dell'Istituto di cura, dell'infermiere/a e della persona assistente a domicilio o presso l'Istituto di cura.

A) Ricovero

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

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

Qualora si renda necessaria l'assistenza di personale esterno alla casa di cura, sarà onere della casa stessa certificare l'impossibilità di avvalersi di personale interno.

La garanzia è estesa alle spese di trasporto dell'assicurato, fino ad un massimo di 5.165,00€ per assicurato e per anno assicurativo, quando effettuato in ambulanza dal suo domicilio all'Istituto di cura e viceversa, oltre che da un Istituto di cura all'altro e alle spese di trasporto in ambulanza della salma dall'Istituto di cura al suo domicilio.

Tutte le spese devono essere documentate secondo le vigenti normative fiscali.

1b) La Società risponde delle spese sostenute, come indicate al punto 1a) anche a seguito di intervento chirurgico effettuato in regime di day hospital o ambulatoriale.

1c) Si intende compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero e al day hospital con intervento chirurgico, anche ambulatoriale, sempreché strettamente connesse alla patologia che lo hanno reso necessario, 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 del massimale di euro 5.165,00 per assicurato e per anno assicurativo.

1d) E' compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico effettuato in regime day hospital o 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 euro 5.165,00 per assicurato e per anno assicurativo.

B) Prestazioni extra-ospedaliere

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere prescritte dal medico curante di seguito elencate:

- Ecografia – tac – elettrocardiografia – doppler – diagnostica radiologica – elettroencefalografia – risonanza magnetica nucleare – scintigrafia – cobaltoterapia – chemioterapia – laserterapia – telecuore – dialisi – litotrissia – elettromiografia – holter
- Indagini endoscopiche
- Indagini computerizzate limitatamente a quella di seguito elencate: del campo visivo – topografica 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.

C) Assistenza a domicilio

Nel caso in cui l'assicurato a seguito di malattia, infortunio o deperimento organico (per esempio dovuto all'età – senescenza) si trovi nell'impossibilità, anche temporanea, di esperire autonomamente le normali azioni della vita quotidiana (ad esempio: vestizione – nutrizione – igiene personale - necessità fisiologiche), Cattolica provvederà a rimborsare le spese di assistenza personale a domicilio, prescritte da un medico; ovvero ad indennizzare una diaria forfettaria, secondo quanto specificato ai punti C.1) e C.2).

Tali prestazioni, alternative tra loro e non cumulabili, vengono riconosciute al raggiungimento del punteggio specifico di (almeno) 100, determinato dalla somma dei punteggi delle singole voci indicate nella tabella valutativa dell'assistenza domiciliare allegata alla presente polizza, secondo le determinazioni del medico legale incaricato dalla Società.

Il mancato raggiungimento di tale punteggio minimo, non può per alcuna ragione comportare il diritto all'assistenza.

L'assistenza può essere prestata da una o più terze persone ovvero tramite infermieri/e diplomati ove necessitino specifiche prestazioni eseguibili solo da personale abilitato.

E' facoltà del Sacerdote avente diritto all'assistenza scegliere (indicandolo inizialmente nella lettera di denuncia del sinistro) quale regime adottare tra quelli indicati ai punti C.1) o C.2). Tale scelta non sarà vincolante per l'intera durata del periodo in cui il Sacerdote avrà diritto all'assistenza, ma potrà essere effettuata di mese in mese, con riferimento al mese durante il quale il Sacerdote aveva diritto all'assistenza, e dovrà essere effettuata secondo quanto meglio specificato ai punti C.1) e C.2)

In mancanza di scelta espressa, ovvero di mancata o incompleta consegna della documentazione richiesta entro i termini di cui al punto C.1), Cattolica indennizzerà il Sacerdote secondo quanto previsto al punto C.2), senza alcuna possibilità di integrare il pagamento relativamente al mese già decorso e per il quale è già stato emesso il pagamento. Resta comunque facoltà del Sacerdote effettuare una nuova e diversa scelta per il/i mese/i successivo/i purchè in regola con i tempi previsti dal successivo articolo C.1).

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 13 comma 1, i termini per la sola denuncia di sinistro per assistenza (indipendentemente dalla scelta di cui all'articolo C.1 o C.2), anche temporanea, sono ridotti a 45 giorni dalla data di accadimento dell'evento che ha reso necessaria l'assistenza.

Per le denunce ricevute oltre i 45 giorni dall'evento che ha reso necessaria l'assistenza (fermi restando i limiti di 60 giorni, nonché il termine prescrizione, di cui al suddetto articolo 13), il sinistro verrà liquidato secondo il criterio di cui all'articolo C.2). La facoltà di scelta tra i due criteri resta esclusa fino alla regolarizzazione dei termini di cui all'articolo C.1).

C.1) Rimborso spese per assistenza domiciliare:

La Società rimborsa le spese sostenute per assistenza personale a domicilio qualora prescritte da un medico e previo raggiungimento del punteggio minimo di 100 determinato nella tabella valutativa. Per l'insieme di tutte le prestazioni eventualmente rese in favore del Sacerdote avente diritto, la Società rimborsa il 100% delle spese sostenute e documentate in base alle vigenti normative fiscali, con il limite giornaliero di euro 33,00 al giorno, anche nel caso in cui l'assistenza sia prestata congiuntamente da più persone o infermieri/e.

Il Sacerdote avente diritto al rimborso delle spese dovrà fornire la documentazione, in regola con le vigenti normative fiscali, attestante l'esborso in favore della persona che ha reso l'assistenza, entro il giorno 15 del mese successivo a quello cui si riferisce la richiesta di rimborso (a mero titolo esemplificativo: la documentazione relativa alle spese sostenute nel mese di gennaio dovrà inderogabilmente pervenire entro il 15 febbraio).

In caso di mancata ricezione entro il termine inderogabile previsto dal precedente capoverso, la richiesta di rimborso spese verrà automaticamente convertita in indennizzo, secondo i criteri previsti dal successivo articolo c.2).

Nel caso in cui l'assicurato abbia il proprio domicilio presso Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere e si trovi nelle condizioni sopra descritte, la Società riconoscerà al Sacerdote esclusivamente l'importo come indicato al successivo articolo C.2) senza possibilità di differente scelta.

C.2) Indennizzo per il raggiungimento del punteggio minimo di cui alla tabella valutativa

Qualora il Sacerdote scelga il criterio di indennizzo di cui al presente articolo, ovvero non effettui alcuna scelta specifica, ovvero non effettui una scelta entro i termini previsti dal precedente articolo C.1), ovvero invii la documentazione prevista dal precedente articolo C.1) oltre i termini o la invii incompleta,

la Società liquiderà al Sacerdote la somma di euro 22 al giorno, fino ad un massimo di euro 682 al mese, per ogni mese in cui il Sacerdote avrà diritto all'assistenza domiciliare.

Nel caso in cui il Sacerdote abbia il proprio domicilio presso la Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere e si trovi nella condizione sopra descritta, la Società indennizzerà al Sacerdote l'importo giornaliero di euro 17, fino ad un massimo di euro 527 al mese, per ogni mese in cui il Sacerdote avrà diritto all'indennizzo. Nell'ipotesi di domicilio presso uno degli Istituti suddetti, l'unico criterio previsto sarà quello di cui al presente articolo.

Il beneficiario del pagamento è il Sacerdote ovvero, nel caso in cui risulti dichiarato incapace, il soggetto che ne fa le veci. L'incapacità del Sacerdote beneficiario deve essere dimostrata fornendo alla Società adeguata documentazione probatoria.

Tuttavia il Sacerdote (o chi ne fa le veci) ha facoltà di designare, quale beneficiario del pagamento, l'Istituto ospitante. Tale designazione, che in nessun caso potrà essere considerata una cessione del credito, dovrà essere attestata mediante sottoscrizione da parte del Sacerdote (o di chi ne fa le veci) di autorizzazione al pagamento in favore dell'Istituto, con contestuale manleva della Società pagante, da eventuali pretese e/o azioni avanzate o promosse nei confronti di chiunque, in conseguenza del pagamento.

L'Istituto ospitante dovrà, in ogni caso, rilasciare precedentemente al pagamento: una dichiarazione con cui attesti la presenza del Sacerdote beneficiario presso la struttura; un regolare atto di quietanza ampiamente liberatorio con impegno formale a manlevare e garantire la Società assicuratrice pagante, dalle eventuali pretese e/o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di chiunque, in conseguenza del pagamento effettuato a detto Istituto.

C.3) Assistenza temporanea

Nel caso in cui il Sacerdote si trovi nelle condizioni per cui abbia diritto all'assistenza per un periodo inferiore a 45 giorni, riceverà un importo pari a euro 22 al giorno per il numero dei giorni in cui l'assistenza si è resa necessaria, secondo quanto stabilito dal medico fiduciario della compagnia.

D) Assistenza ospedaliera

La Società risponde delle spese di assistenza personale dell'assicurato durante il ricovero ospedaliero presso Istituti di cura a seguito di:

- Ictus cerebrale con paralisi anche parziale;
- Infarto acuto del miocardio;
- Tumore in fase terminale;
- Grandi interventi chirurgici come riportati nell'elenco allegato;
- Stato pre-agonico o di coma da qualsiasi causa determinato.

Per assistenza personale si intende la presenza costante al letto dell'infermo-assicurato da parte di una persona non appartenente all'organico dell'Istituto di cura.

L'operatività della prestazione è subordinata al rilascio di apposita certificazione, da parte dei medici dell'Istituto di cura presso il quale l'assicurato si trova ricoverato, attestante l'esistenza di una delle situazioni patologiche sopra elencate.

Per tale prestazione la Società rimborserà il 100% delle spese sostenute e documentate secondo le vigenti normative fiscali, con il limite massimo giornaliero di euro 52,00 e per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo. In alternativa l'avente diritto potrà scegliere un rimborso forfettario pari a 36€ al giorno per un massimo di 60 giorni, non cumulabile con l'eventuale indennizzo di cui all'articolo 15, lettera C.2).

E) Rimborso spese per acquisto protesi

La Società risponde delle spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto e/o riparazione di apparecchi protesici resi necessari dagli eventi sotto descritti e nei limiti di seguito stabiliti:

Protesi articolate sostitutive di un arto sempreché prescritte dal medico curante e la cui applicazione si renda necessaria a seguito di amputazione di arto conseguente a malattia od infortunio. Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di euro 4.000 per ciascun assicurato e per anno assicurativo.

Protesi oculari prescritte dal medico curante successivamente ad interventi chirurgici per cataratta, cheratocono o otticopatia (intesa come qualsiasi lesione del nervo ottico). Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di euro 775 per ciascun assicurato e per anno assicurativo.

Protesi acustiche prescritte dal medico curante conseguenti a processi otosclerotici e lesioni traumatiche con soglia percettiva inferiore alla normale distanza di conversazione. Il rimborso viene riconosciuto, fino alla concorrenza di euro 2000 per ciascun assicurato e per anno assicurativo, previa visita di un medico legale della Società, che ne attesti l'effettiva necessità.

Protesi dentarie prescritte dal medico curante conseguenti a interventi chirurgici del cavo orale non odontoiatrici. Il rimborso sarà pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute dall'assicurato.

Il pagamento di ogni prestazione relativa a tutti i punti precedenti verrà effettuato su presentazione della relativa prescrizione medica e documentazione emessa secondo le vigenti normative fiscali.