

Polizza rimborso spese mediche

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

(DIP Danni)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Prodotto: O.N.A. PER IL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

PIANO SANITARIO C

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione che rimborsa le spese mediche sostenute in conseguenza di malattia o infortunio.

È destinato al personale in servizio ed in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento ed al relativo Nucleo Familiare e ai dipendenti in servizio e quiescenti dell'Amministrazione Civile e il relativo Nucleo Familiare.



Che cosa è assicurato?

RICOVERO: Prevede il pagamento delle spese sostenute in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e in caso di intervento chirurgico in regime di degenza diurna (Day Surgery), resi necessari da infortunio, malattia o parto per:

- ✓ onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento
- ✓ assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- ✓ rette di degenza;
- ✓ esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- ✓ esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- ✓ vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato;
- ✓ trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa;
- ✓ trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno;
- ✓ rimpatrio della salma;



Che cosa non è assicurato?

Di seguito sono riportate le principali esclusioni.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Società di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- ✗ la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ✗ la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- ✗ il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
- ✗ gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'Assicurato stesso.
- ✗ le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto all'articolo "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
- ✗ le cure dentarie e delle paraodontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "Traumi dentari" e salvo in caso di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso pubblico);
- ✗ le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto agli articoli "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi, anche psichici, a seguito di infortunio", "Grandi Ustioni a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;
- ✗ le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "Rischio nucleare");
- ✗ le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previste anche franchigie e limiti parziali di indennizzo.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivo il contratto, ho il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.





Quando e come devo pagare?

Il premio relativo alle coperture ad adesione deve essere pagato entro il termine indicato sul modulo di adesione disponibile sulla propria area riservata del sito web del CORPO DEI VIGILI DEL FUOCO, mediante bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del 30/11/2024 e termina alle ore 24 del 30/11/2027.



Come posso disdire la polizza?

La Convenzione ha durata triennale senza tacito rinnovo.

La copertura – nei confronti di ciascun aderente/nucleo familiare per il quale sia stato compilato il modulo di adesione – ha durata annuale e in assenza di mancato rinnovo dell'adesione, la garanzia cessa i propri effetti nei confronti dei singoli assicurati al termine dell'annualità per la quale è stato corrisposto il premio.

