

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE

Ai sensi dell'Art. 123 del decreto legislativo del 17 marzo 1995 n° 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n° 303 del 2 giugno 1997 e n° 417/D del 28 settembre 2000.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETA'

Nota informativa al Contraente

La presente Nota Informativa ha lo scopo di fornire tutte le informazioni preliminari necessarie al Contraente per sottoscrivere l'assicurazione prescelta con cognizione di causa e fondatezza di giudizio.

Essa è redatta nel rispetto delle disposizioni impartite dall'ISVAP sulla base delle norme emanate a tutela del Consumatore dell'Unione Europea per il settore delle assicurazioni contro i danni e recepite nell'ordinamento italiano con decreto legislativo del 17 marzo 1995 n° 175.

La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà del Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

Denominazione sociale, forma giuridica della Società e Sede Legale

Il contratto sarà concluso con Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede legale sita nella Repubblica Italiana in Agrate Brianza (MI) – CAP 20041 – Centro Direzionale Colleoni – Via Paracelso, 14. Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicate per iscritto al Contraente da parte della Società.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

La Filo diretto Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 3 novembre 1993 n° 258).

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

La Filo diretto Assicurazioni S.p.A. applica al contratto che sarà stipulato la Legge Italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti dell'Assicurato (soggetto nel cui interesse è stipulato il contratto) derivanti dal contratto si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Filo diretto Assicurazioni S.p.A. - Centro Direzionale Colleoni – Via Paracelso, 14 – 20041 - Agrate Brianza – Mi – fax 039/6892199 – reclami@filodiretto.it .

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità, ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui le Parti abbiano scelto di applicare al contratto una legislazione diversa da quella italiana, l'organo competente sarà quello previsto dalla specifica legislazione.

Il Contraente potrà comunque rivolgersi all'ISVAP che faciliterà le comunicazioni ed i rapporti con il suddetto Organo di Vigilanza straniero.

Informazioni in corso di contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative al contratto, Filo diretto Assicurazioni S.p.A. si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente, nonché a fornire ogni necessaria precisazione.

INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali.

Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle norme generali di assicurazione contenute in polizza.

Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle parti entro il termine di cui all'art. 5 delle norme generali di assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 - 2° comma del Codice Civile.

Variazioni in corso di contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative al contratto, la Società si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente ed a fornire ogni necessaria precisazione.

Periodo di carezza contrattuale

La garanzia decorre:

dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti a infortuni.

dal 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per i danni conseguenti a malattie, salvo quanto specificamente previsto dall'art. 13 delle norme che regolano l'assicurazione Diaria relativamente al parto e all'aborto terapeutico e alle conseguenze di stati patologici preesistenti e non conosciuti alla stipulazione del contratto.

Lo stesso art. 13 regola inoltre il periodo di carezza relativamente ai casi di sostituzione, senza soluzione di continuità, di un contratto precedente riguardante gli stessi assicurati.

Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato in ordine alle circostanze di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'assicurato in caso di sinistro, il recesso delle parti.

Avvertenza

La presente nota è un documento che ha solo valore e scopo informativo.

DIARIA / INDENNITÀ GIORNALIERA DI RICOVERO

DEFINIZIONI

- ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;
- CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione;
- DAY SURGERY: intervento chirurgico effettuato in sala operatoria presso un istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, comunque documentato da cartella clinica;
- FRANCHIGIA: il numero dei giorni di ricovero a carico dell'assicurato;
- INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- INFORTUNIO: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- ISTITUTO DI CURA: l'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'Istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;
- MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO: alterazione organica acquisita evidente o clinicamente diagnosticabile o alterazione organica congenita;
- POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione;
- PREMIO: la somma dovuta alla Società;
- RICOVERO: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura;
- SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- SOCIETÀ: l'impresa assicuratrice FILO DIRETTO ASSICURAZIONI S.p.A.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

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

Art. 3 - Effetto dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il premio è determinato in base all'età e al sesso dell'assicurato/i al momento della stipulazione della polizza. Il pre-

mio così determinato resta costante per tutto il periodo per il quale la Società è obbligata a contrarre. Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il pagamento rateale.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello di scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente. L'assicurazione sospesa riprende a decorrere, qualora la Società non abbia dichiarato la risoluzione, dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e delle eventuali spese, ferme le successive scadenze stabilite nel contratto (art. 1901 Codice Civile). In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti dall'art. 13.

I premi devono essere pagati all'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 4 - Forza probatoria del contratto - Validità delle variazioni – Forma delle comunicazioni

La polizza firmata è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti.

Le eventuali variazioni dell'assicurazione devono essere provate per scritto dalle Parti.

Le comunicazioni che il contraente intende effettuare durante il corso della polizza devono essere fatte con lettera raccomandata indirizzata alla Direzione della Società o alla sede dell'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza.

Art. 5 - Durata dell'assicurazione – Proroga del contratto – Adeguamento del premio

L'assicurazione ha una durata prevista da 1 a 10 anni ed è tacitamente rinnovabile alla scadenza capitaria.

La Società si impegna a mantenere in vigore l'assicurazione fino alla prevista scadenza capitaria, fermo restando le altre condizioni di assicurazione.

Il Contraente può recedere dalla stessa ad ogni scadenza annuale del premio, mediante lettera raccomandata spedita alla Società FILO DIRETTO ASSICURAZIONI S.p.A. almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il Contraente è tenuto a rimborsare alla Società la proporzione di sconti durata goduti in eccesso.

Alla scadenza capitaria, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata inviata alla controparte almeno 30 giorni prima della scadenza stessa, il contratto sempreché stipulato almeno per un anno, è prorogato per una durata uguale a quella originaria, ma con il limite massimo di due anni per ogni tacito rinnovo.

In caso di proroga del contratto, il premio è determinato dall'età e dal sesso dell'assicurato/i al momento della proroga e così pure in caso di variazione. In caso di variazione del contratto, il premio è determinato dall'età dell'assicurato al momento della variazione.

Art. 6 - Oneri fiscali

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

Art. 7 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA / INDENNITÀ GIORNALIERA

Art. 8 - Oggetto dell'assicurazione

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, la Società accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero conseguente a malattia, infortunio o a parto, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni indicate nelle relative tariffe.

Art. 9 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 10 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 70 anni di età (salvo diversa pattuizione), fermo restando che rimane in vigore per chi già in precedenza assicurato.

Art. 11 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS. Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso

Art. 12 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per i ricoveri e le ingessature relativi a:

- 12.1 conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. È possibile proporre alla Società l'inclusione delle patologie preesistenti e conosciute al momento della stipulazione del contratto tramite la compilazione e l'invio del questionario anamnestico. La Direzione si riserva di accettare o respingere il rischio. L'assicurazione è operante per le malattie, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatisi alla data di stipulazione (patologie latenti), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- 12.2 eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- 12.3 diagnostica, terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- 12.4 check-up di medicina preventiva;
- 12.5 cure delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 12.6 cure per stati patologici correlati all'infezione HIV;
- 12.7 infortuni derivanti da azioni dolose compiute dall'Assicurato (sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave), da tentato suicidio, da forme maniaco depressive ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 12.8 infortuni, malattie e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco) , nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
- 12.9 infortuni derivanti da sport aerei, dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 12.10 interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- 12.11 prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi, non preesistenti al contratto;
- 12.12 cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici;
- 12.13 soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). Ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia, neuralterapia. I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in ambulatorio;
- 12.14 conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 12.15 conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui al punto 12.1 si applicheranno con riguardo alla data della variazione e non a quella di stipulazione del contratto.

Art. 13 - Decorrenza della garanzia – Termine di aspettativa (carenza)

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i disturbi da gravidanza e per le conseguenze di stati patologici latenti, insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatisi al momento di tale data, certa la non conoscenza dell'Assicurato;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e l'aborto terapeutico.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie (anche se stipulata da altra Compagnia di Assicurazione), gli anzidetti termini di aspettativa:

- sono abrogati nella presente polizza sostitutiva, per le prestazioni e le somme previste dalla polizza sostituita;
- operano dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni in essa contemplate.

Art. 14 - Prestazioni – Tariffe – Diaria

A - DIARIA DI RICOVERO:

La Società riconosce per ogni giorno di degenza e per 365 giorni all'anno, nei termini delle norme di assicurazione e delle tariffe applicate, una indennità giornaliera in caso di ricovero per:

- Malattia o Parto;
- Infortunio;
- Malattia o Infortunio, con o senza intervento chirurgico, rientrante nell'elenco "**Dread Diseases**": Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Infarto del miocardio, Chirurgia sulle arterie coronarie, Insufficienza renale, Trapianto di organi, Sclerosi multiple, Inserimento di valvola del cuore, Chirurgia sull'aorta, Paralisi degli arti superiori e/o inferiori.

Diaria di Ricovero	EU 50	EU 75	EU 100	EU 150	EU 200	EU 250
Malattia/parto	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00	€ 250,00
Infortunio	€ 75,00	€ 115,00	€ 150,00	€ 225,00	€ 300,00	€ 375,00
Dread Diseases	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00	€ 500,00

Il Day Surgery è equiparato al ricovero purché sia rilasciata la relativa cartella clinica da parte dell'istituto di cura. Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno.

B - CONDIZIONI AGGIUNTIVE FACOLTATIVE:

(Le presenti condizioni sono valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

I - Diaria di Convalescenza: a seguito di ricovero o Day Surgery da:

- Malattia o Parto,
- Infortunio,
- Dread Diseases,

indennizzabile ai sensi delle norme di assicurazione e delle tariffe applicate, la Società riconoscerà la corrispondente indennità giornaliera domiciliare prescelta dall'assicurato per un numero di giorni uguale a quelli di ricovero. In caso di Malattia (escluso il Parto) con un ricovero di almeno due giorni, è riconosciuto un numero minimo di sette giorni di convalescenza.

In caso di Infortunio con un ricovero di almeno due giorni, è riconosciuto un numero minimo di dieci giorni di convalescenza.

Diaria di Convalescenza	EU 50	EU 75	EU 100	EU 150	EU 200	EU 250
Malattia/parto	€ 25,00	€ 37,50	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 125,00
Infortunio	€ 37,50	€ 57,50	€ 75,00	€ 112,50	€ 150,00	€ 187,50
Dread Diseases	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00	€ 250,00

2 - Indennità da Ingessatura: nel caso di infortunio con presenza di frattura, lussazione e/o schiacciamento (escluso distorsione e contusione) e con conseguente applicazione di apparecchio terapeutico e/o fissatore esterno, prescritto per almeno 10 giorni, effettuato presso un Pronto Soccorso o, nel caso di ricovero, in una struttura all'uopo attrezzata, risultante dal Certificato rilasciato dal Pronto Soccorso o dalla Cartella Clinica rilasciata dalla Struttura presso la quale è avvenuto il ricovero, la Società riconoscerà una indennità a forfait pari a 20 volte la diaria di ricovero da infortuni prevista.

Indennità da Ingessatura	EU 50	EU 75	EU 100	EU 150	EU 200	EU 250
	€ 1.500,00	€ 2.300,00	€ 3.000,00	€ 4.500,00	€ 6.000,00	€ 7.500,00

3 - Franchigia: alla diaria di ricovero e, se stipulata, alla diaria di convalescenza viene applicata una franchigia di due giorni relativamente ad ogni ricovero e ad ogni eventuale convalescenza.

C – SERVIZI DI TELEMEDICINA “NET FOR CARE” IL SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICO-SPECIALISTICA “BEST OPINION”

1. Descrizione del servizio

L'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha la possibilità di ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto a una precedente valutazione medica, da parte di uno specialista della rete.

La consulenza specialistica verrà erogata, in via principale e ove possibile, con modalità telematica attraverso il sistema di telemedicina Net for Care, e con la possibilità per l'Assicurato di interagire in videoconferenza direttamente con il medico specialista.

Net for Care è la piattaforma tecnologica che, attraverso le più innovative soluzioni telematiche, unisce in rete una serie di ospedali altamente specializzati in Italia e nel mondo con la Centrale Operativa della società permettendo all'Assicurato di accedere a servizi di consulenza medico-specialistica on line.

2. La rete di strutture specialistiche

Gli istituti di cura altamente specializzati e selezionati per l'erogazione della consulenza di Second Opinion sono:

- Massachusetts General Hospital (Boston, USA)
- Duke University Health System (Durham, USA)
- Cleveland Clinic Foundation (Cleveland, USA)
- Brigham and Women's Hospital (Boston, USA)
- Istituto Oncologico Europeo (Milano, ITALIA)
- Istituto Ortopedico Rizzoli (Bologna, ITALIA)
- Istituto Tumori Milano (Milano, ITALIA)
- Ospedale Sacco (Milano, ITALIA)
- Primari medici specialisti convenzionati con la Centrale Operativa di telemedicina (*).

3. Come accedere alla teleconsulenza

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di una consulenza medico-specialistica di second opinion, potrà contattare la Centrale Operativa di Telemedicina della Società, che si occuperà di gestire e organizzare tutte le diverse fasi del servizio .

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, accertata la necessità della richiesta, attingendo alla propria banca dati, individua i migliori specialisti convenzionati relativamente al caso clinico in esame e li sottopone all'Assicurato per la sua scelta finale.

Successivamente si procede con il consulto come di seguito indicato:

- a) Nel caso in cui lo specialista faccia parte di uno degli istituti connessi con il sistema di telemedicina, viene organizzato il teleconsulto invitando l'Assicurato e/o un suo familiare a presenziare recandosi presso il centro più vicino dotato di stazione di telemedicina Net for Care . Qualora l'Assicurato non si rendesse disponibile per il consulto online, la Società predisporrà comunque il teleconsulto con il proprio medico di Centrale.
- b) Qualora lo specialista prescelto non sia collegato alla rete telematica ma sia dotato di connessione Internet, la Società, di seguito alla ricezione dell'intera documentazione clinica e diagnostica dell'Assicurato, organizza l'accesso via Internet alla cartella clinica del paziente da parte del medico specialista che potrà formulare il proprio parere direttamente on line.
Qualora invece sia l'Assicurato a non potersi recare presso la struttura sanitaria presso la quale è installata una stazione di telemedicina per assistere al teleconsulto on line, ma abbia a disposizione un PC collegato ad internet e dotato di webcam, la Società potrà organizzare il teleconsulto attraverso Internet alla presenza anche di familiari o del medico curante dell'Assicurato.
La connessione alle informazioni medico-diagnostiche del paziente avviene su sito sicuro e attraverso la creazione di password temporanee (one time).
- c) Se invece lo specialista prescelto non è collegato alla rete telematica, né raggiungibile attraverso Internet, o l'Assicurato non è disponibile in alcun modo al consulto on line, la Società, di seguito alla ricezione dell'intera documentazione clinica e diagnostica dell'Assicurato, ne predispone la traduzione (se necessaria) e la invia per posta allo specialista. Una volta eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche, il medico specialista formula una risposta scritta e la inoltra alla Centrale Operativa.
Con la finalità di fornire un'efficace e completa comunicazione del parere erogato, la Centrale Operativa organizza un incontro nella città di residenza tra l'Assicurato e un medico specialista affinché quest'ultimo possa congnare e spiegare opportunamente il contenuto della consulenza ricevuta.

4. Limitazioni all'erogazione del servizio

L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre prestazioni per anno di validità della polizza.

5. Costo della prestazione

La Società tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione della consulenza medico-specialistica, incluso l'onorario dello specialista consultato.

Rimangono a carico dell'Assicurato il costo di tutti gli esami necessari (esami diagnostici, esami di laboratorio, imma-

gini fotografiche, ecc.) per il teleconsulto ed eventualmente il costo di ulteriori accertamenti richiesti dallo specialista contattato.

(*) *La rete delle strutture sanitarie specialistiche e dei centri convenzionati dotate della stazione di telemedicina è in corso di continui ampliamenti e nuove installazioni. L'elenco completo delle stazioni è consultabile sul sito del Gruppo Filo Diretto (www.netforcare.it) oppure può essere richiesto alla Centrale Operativa della Società.*

IL SERVIZIO DI CARTELLA SANITARIA MULTI-LINGUE ON LINE "MEDICAL PASSPORT"

1. Descrizione del servizio

Con Medical Passport l'assicurato ha la possibilità di creare la propria cartella sanitaria multi-lingue online, disponibile su uno spazio web debitamente protetto attraverso un sistema di identificazione, consultabile da qualunque accesso Internet e quindi in ogni parte del mondo.

Le informazioni relative alla propria storia sanitaria vengono inserite compilando un facile questionario guidato.

2. Attivazione del servizio

L'Assicurato accedendo al sito www.netforcare.it, alla sezione "Medical Passport", dovrà compilare un modulo online, indicando il numero della propria polizza o del contratto di servizio e scegliendo le Username e Password personali che gli saranno successivamente inoltrate via mail, come promemoria.

Con la doppia coppia di Username e Password potrà accedere alla propria cartella sanitaria online in modalità di modifica/edit (digitando la password di modifica/edit) o in modalità di sola lettura (digitando la password di lettura/read).

Utilizzando la password di modifica/edit, che dovrà essere conservata con la massima cura, l'Assicurato potrà compilare e successivamente modificare il questionario guidato sulla propria storia sanitaria, se possibile facendosi coadiuvare dal proprio medico di fiducia. Il questionario sarà poi automaticamente tradotto in varie lingue straniere (inglese, francese, tedesco, spagnolo, russo, turco, bulgaro, rumeno e altre in fase di elaborazione) in modo tale da permettere all'Assicurato all'estero di fornire le informazioni sulla propria storia sanitaria senza errori di traduzione. La Password di lettura/read dovrà essere invece riportata sulla card personale "Medical Passport" che verrà inviata all'Assicurato all'atto della richiesta di accesso al servizio e che dovrà essere da lui custodita con cura, e messa a disposizione dei medici curanti in caso di necessità (es. malattia, infortunio, altro problema di salute).

3. Utilizzo del servizio di cartella sanitaria on line

In caso di necessità (es. malattia, infortunio, altro problema di salute) l'Assicurato, i suoi familiari e/o direttamente i medici o paramedici, accedendo a www.netforcare.it e inserendo la Username e la Password indicate nella card personale Medical Passport, potranno avere accesso alla sua cartella sanitaria multi-lingue online accedendo a tutte le informazioni sulla sua storia sanitaria precedentemente inserite dallo stesso Assicurato.

Art. 15 - Denuncia del sinistro – Modalità di pagamento – Obblighi dell'Assicurato

Per ottenere l'indennizzo spettante, secondo quanto previsto dalle condizioni di Assicurazione, l'assicurato deve:

- 1 - Denunciare il sinistro alla Società entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero rientranti nelle garanzie previste all'art. 14.
- 2 - Provvedere ad inviare alla Sede della Società,
 - in caso di Ricovero o Day Surgery: la copia autentica e completa della Cartella Clinica;
 - in caso di Indennità da Ingessatura: i certificati e documenti medici rilasciati dal Pronto Soccorso o la copia integrale della Cartella Clinica, comprovanti l'avvenuta prestazione.
- 3 - Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 16 - Recesso del Contratto

La Società non ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito di denuncia di sinistro, salvo quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 17 - Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti 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 sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Art. 18 - Cessione e concessione in pegno a terzi – Pretese verso terzi

Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione come da art. 1916 del Codice Civile.

Il presente fascicolo “Mod. 1231/0706”, contenente le Norme che regolano l'Assicurazione in Generale, le Norme che regolano l'Assicurazione Diaria di ricovero e le Norme che regolano l'Assicurazione Assistenza, costituisce, congiuntamente con la polizza, il contratto di assicurazione.

Filo diretto è impegnata da sempre a fornire ai propri clienti la massima qualità nei prodotti e nei servizi. Per fare questo il Suo contributo è prezioso: non esiti a comunicarci i suoi suggerimenti o segnalarci aree di miglioramento all'indirizzo mail suggerimenti@filodiretto.it