



POLIZZA SANITARIA PER IL REVERENDO CLERO

Contraente ASSICATTOLICA

**Associato ISTITUTO CENTRALE
SOSTENTAMENTO DEL CLERO**

**Società Assicurativa CATTOLICA
ASSICURAZIONI SOC. COOP.**

Perché la Polizza Sanitaria

La Conferenza Episcopale Italiana nel 1991, considerando i numerosi problemi di salute riguardanti i nostri sacerdoti, decise di offrire una copertura assicurativa, a tutti coloro che fossero inseriti nel sistema di sostentamento o di previdenza integrativa, sperando così di contribuire ad alleviare i loro problemi pratici o di tipo economico, derivanti da malattie o senescenza.

Dal 1999 l'operatività, prima demandata unicamente alle agenzie di Cattolica Assicurazione sparse sul territorio, è dell' I.C.S.C., che amministra, sotto la vigilanza dell'impresa assicuratrice, la gestione delle pratiche di rimborso ai suddetti assicurati, garantendo tra l'altro, uniformità di interpretazione delle norme di polizza applicate.

In stretta collaborazione con la società assicurativa, l'ufficio dell' I.C.S.C. di Roma, intende essere un punto di riferimento al quale rivolgersi, anche per chiarimenti e comunicazioni.

Ufficio Rapporti con le Assicurazioni
Via Aurelia 796 – 00165 ROMA
Tel : 06 665211

INDICE

INDICE	II
ESTREMI CONTRATTUALI	III
CALCOLO DEL PREMIO	IV
DEFINIZIONI	IV
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	V
ART.1 -DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	V
ART.2 -ALTRE ASSICURAZIONI	V
ART.3 -PAGAMENTO DEL PREMIO	V
ART.4 -MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	V
ART.5 -VARIAZIONI DI RISCHIO	V
ART.6 -ONERI FISCALI	V
ART.7 -FORO COMPETENTE	V
ART.8 -RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	V
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SANITARIA	VI
ART.9 -DATA DI EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO	VI
ART.10 -ESTENSIONE TERRITORIALE	VI
ART.11 -RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA	VI
ART.12 -EFFETTO, VALIDITÀ E CESSAZIONE DELLA GARANZIA	VI
ART.13 -OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	VI
ART.14 -CONTROVERSIE	VII
ART.15 -OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	VII
A) <i>Ricovero</i>	VII
B) <i>Prestazioni extra-ospedaliere</i>	VIII
C) <i>Assistenza a domicilio</i>	VIII
D) <i>Assistenza ospedaliera</i>	IX
E) <i>Rimborso spese per acquisto di protesi</i>	IX
F) <i>Ricovero e prestazioni extra-ospedaliere presso l'ospedale</i> <i>S. Carlo di Nancy in Roma</i>	IX
ART.16 -ESTENSIONE GARANZIA SACERDOTI "FIDEI DONUM"	X
ART.17 -LIMITAZIONI E RISCHI ESCLUSI	X
ART.18 -CRITERI DI LIQUIDAZIONE	X
ART.19 -PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	XI
TABELLA VALUTATIVA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	XIII
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	XIV

ESTREMI CONTRATTUALI

Agenzia: SERVIZIO GESTIONI DIRETTE

Polizza numero:

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: ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL

CLERO Via Aurelia n. 796 – 00165 ROMA

C.F. 97042740585

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 e cioè, i Vescovi emeriti, i Vescovi e i Sacerdoti secolari e religiosi che prestano servizio a tempo pieno in favore della diocesi e sono compresi nel Sistema di Sostentamento del Clero, i Sacerdoti secolari compresi nel Sistema di Previdenza Integrativa ed Autonoma gestito dall'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero;
- **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;
- **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; sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno. Limitatamente alle prestazioni di Assistenza a domicilio e Assistenza Ospedaliera sono assimilati agli Istituti di cura anche i centri residenziali di cure palliative (hospice);
- **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;
- **Intervento chirurgico** : intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica.

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 2013 per una durata di dodici mesi e si conclude alle ore 24.00 del 31 dicembre 2014 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 articolo 5 delle norme che regolano l'assicurazione in generale). In attesa della predetta comunicazione, la Società estende la garanzia prevista dal successivo articolo 15 ai Sacerdoti che presentino una attestazione del proprio Ordinario Diocesano dalla quale risulti la decorrenza del loro diritto a partecipare ai sistemi gestiti dall'Associato. Tale estensione viene eseguita dietro conferma dell'Associato tramite il Contraente.

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società e all'Istituto Centrale Sostentamento del Clero, via Aurelia 796, Roma, 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 o necessità di assistenza domiciliare costante prevista dall'art.15 punto c) 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 richiedere all'Istituto di cura la documentazione medica ritenuta necessaria. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi a visita, sotto pena della decadenza della garanzia. Tuttavia, con riferimento alla prestazione prevista dall' art.15 -Oggetto dell'assicurazione - lett. C) Assistenza a domicilio -, qualora entro 75 giorni dalla data di apertura del sinistro non pervenisse all'Assicurato l'esito dell'accertamento medico-legale eseguito nei confronti dell'Assicurato, la Società sarà comunque tenuta a corrispondere automaticamente, dopo la scadenza della predetta data, quanto previsto

dalle condizioni di polizza. Se dall'accertamento medico-legale successivamente pervenuto all'Associato risultasse che non esistono le condizioni che danno diritto al pagamento del sinistro, non saranno più rimborsate le spese di assistenza sostenute o non sarà più riconosciuta l'indennità prevista per i periodi successivi alla data di ricezione del predetto accertamento, fatta salva l'acquisizione delle somme fino ad allora corrisposte. L'Assicurato comunque è obbligato a sottoporsi alla suddetta visita medico-legale ed agli esami connessi, sotto pena della decadenza della garanzia, e 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 prescrizione di cui all'art. 2952 C.C. è biennale.

Art.14 -Controversie

In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società, e l'Assicurato 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 nomina il proprio medico entro 45 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata (da inviare presso la Società e l'Istituto Centrale Sostentamento del Clero, via Aurelia 294 Roma) con la quale l'Assicurato ha comunicato il nominativo del medico incaricato. Nel caso in cui il predetto termine non venga rispettato dalla Società, l'indennità di assistenza a domicilio, prevista dall'articolo 15 lettera C), verrà comunque erogata fino alla pronuncia definitiva del Collegio Medico. 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), assistenza medica a domicilio, conseguenti a malattia, infortunio, stato di deperimento organico, assistenza presso Istituto di cura e 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, 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 euro 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 risonanze magnetica nucleare - scintigrafia - cobaltoterapia - chemioterapia - laserterapia telecuore - dialisi - litotrissia - elettromiografia - holter;
- 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.

C) Assistenza a domicilio

La Società risponde delle spese di assistenza personale a domicilio, prescritte da un medico, qualora l'Assicurato a seguito di malattia, di infortunio o deperimento organico (per es. a fatto dovuto all'età senescenza) si trovi nell'impossibilità, anche temporanea, di espere autonomamente le normali azioni della vita quotidiana (ad esempio: vestizione -nutrizione -igiene personale -necessità fisiologiche). Tale prestazione viene riconosciuta al raggiungimento del punteggio specifico di 100, determinato dalla somma dei punteggi delle singole voci indicate nella tabella valutativa dell'assistenza domiciliare allegata alla presente polizza. L'assistenza può es-

sere prestata da una o più terze persone ovvero tramite infermieri/e diplomati ove necessitino specifiche prestazioni eseguibili solo da personale abilitato. Per l'insieme di tali prestazioni la Società rimborsa il 100% delle spese sostenute e documentate con il limite massimo giornaliero di Euro 33,00 anche nel caso in cui l'assistenza sia congiuntamente prestata da una o più terze persone o infermieri/e. 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 nella condizione sopra descritta, la Società riconoscerà al Sacerdote l'importo forfetario giornaliero di Euro 21,00. L'Istituto percipiente, per tutte le somme ricevute, rilascerà regolare atto di quietanza ampiamente liberativo con impegno formale di manlevare e garantire la Società assicuratrice pagante dalle eventuali pretese e/o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di quest'ultima da chicchessia in conseguenza del pagamento effettuato a detto Istituto. Resta tuttavia facoltà dell'Istituto ospitante di designare, quale beneficiario della somma forfetaria giornaliera, il Sacerdote ospite dell'Istituto medesimo.

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'allegato elenco; -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 situazione patologiche sopra elencate. Per tale prestazione la Società rimborserà il 100% delle spese sostenute e documentate con il limite massimo giornaliero di Euro 52,00 e per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo.

E) Rimborso spese per acquisto di protesi

La Società risponde delle spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto e/o riparazione di apparecchi protesici resi necessari dagli eventi sottodescritti 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 4.000,00 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 775,00 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo; Protesi acustiche sempreché 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 2.000,00 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo. Protesi dentarie sempreché 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 verrà effettuato su presentazione della relativa prescrizione medica e documentazione emessa secondo le vigenti normative fiscali.

Art.16 – Estensione garanzia Sacerdoti -“FIDEI DONUM”

A favore di tali Assicurati è stabilito che la garanzia vale: -in aggiunta alle prestazioni di cui all'art.15 lettera A), spetta all'assicurato il rimborso delle spese sostenute per il viaggio aereo di andata e ritorno resi necessari per raggiungere il paese dove si trova l'ospedale nel quale viene ricoverato l'Assicurato. Tale rimborso viene riconosciuto dietro presentazione di certificazione rilasciata da una struttura ospedaliera del paese di missione che dichiari l'inadeguatezza delle strutture locali per la patologia sofferta dall'assicurato. Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio di ritorno nel paese di missione viene riconosciuto se effettuato entro 15 giorni dalla data dichiarata dal medico curante come compatibile per affrontare il viaggio aereo; in aggiunta alle prestazioni di cui all'art. 15 lett.B): -spetta all'assicurato il rimborso delle spese sostenute per ogni tipo di esame clinico e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici. Per le prestazioni che sono sopra aggiunte il rimborso delle spese sostenute è effettuato fino alla concorrenza del massimale annuo a favore di ciascun assicurato di Euro 7.747,00. Resta convenuto che in caso di sinistro, qualora l'Assicurato si trovi all'estero, si intende delegato alla presentazione della denuncia, della relativa documentazione nonché alla definizione del sinistro, l'Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese, operante presso la Conferenza Episcopale Italiana.

Art.17 -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 escluso quanto riportato all'art. 15 lett. E) 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. 18 -Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato su presentazione degli originali o di copia conforme, delle relative distinte e ricevute, debitamente quietanzate. L'indennizzo delle spese sostenute per l'assistenza medica a domicilio viene effettuato, a presentazione della documentazione di cui sopra, con periodicità mensile.

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 distinte e delle 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. Resta inoltre convenuto che in caso di sinistro, qualora l'Assicurato si trovi all'estero, si intende delegato alla presentazione della denuncia, della relativa documentazione nonché alla definizione del sinistro, l'Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese, operante presso la Conferenza Episcopale Italiana, che provvederà per il tramite dell'Ispettorato Sinistri di Roma della Società Cattolica di Assicurazione. 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.19 -Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento delle somme dovuto all'Assicurato verrà effettuato tramite l'Associato, 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 18, conserva definitivamente i dossier e le note che le sono state trasmesse.

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.

Rimpatrio sanitario

In alternativa a quanto previsto dall'art. 16 -Estensione garanzia Sacerdoti -"FIDEI DONUM" delle Norme che regolano l'assicurazione sanitaria, a favore dei sacerdoti "Fidei Donum" è prevista la facoltà di richiedere direttamente la prestazione di rimpatrio in caso di emergenza sanitaria conseguente a malattia o infortunio. L'assicurato che si trova in un paese straniero per svolgervi il ministero o l'attività missionaria, qualora, a causa di malattia o infortunio, debba rientrare in Italia, presso un centro ospedaliero autorizzato o nel luogo di sua residenza abituale, può ricorrere all'organizzazione di MAPFRE ASISTENCIA S.A., attraverso la Centrale Operativa di MAPFRE WARRANTY S.P.A., affinché organizzi, senza dover anticipare alcuna somma, il rimpatrio in Italia.

A. Richiesta di rimpatrio

Per richiedere la prestazione, l'assicurato deve rivolgersi alla Centrale Operativa prima di intraprendere qualsiasi tipo di iniziativa personale, telefonando dall'estero al numero:

0039-015-255 95 80 (attivo 24 ore su 24)

o trasmettendo un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE WARRANTY S.P.A.
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BI)

L'assicurato dovrà comunicare:

- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- nome e cognome del medico curante sul posto e suo recapito telefonico (o fax ed e-mail)
- recapiti telefonici ed ogni altro possibile canale di comunicazione (fax ed e-mail) che la Centrale

Operativa potrà utilizzare nel corso dell'assistenza. Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Centrale Operativa.

B. Operazioni a carico della Centrale Operativa

Ricevuta la richiesta di rimpatrio, la Centrale Operativa accerterà, tramite contatti diretti tra il medico della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, le condizioni dell'assicurato e la necessità di procedere al suo rimpatrio. Il rimpatrio sarà effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo alle condizioni dell'assicurato, in base a considerazioni ed esigenze di ordine elusivamente medico:

- aereo sanitario (limitatamente ai Paesi dell'Unione Europea)
- aereo di linea (classe economica);
- ambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- treno (prima classe e se necessario vagone letto);

le spese di trasporto sono a carico di Cattolica, comprese quelle relative all'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se ritenuta necessaria.

C. Esclusioni

La prestazione in oggetto non opera

- nel caso in cui l'assicurato abbia sottoscritto volontariamente le dimissioni contro il parere del medico curante sul posto;
- in caso di malattie infettive, se il trasporto dell'assicurato comporta la violazione delle norme nazionali o internazionali in materia.

Il presente allegato è stato redatto in quattro esemplari ad un solo effetto in Verona il 31 dicembre 2013;

CATTOLICA ASSICURAZIONI IL CONTRAENTE L'ASSOCIATO SOC. COOP.

TABELLA VALUTATIVA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Capacità Motorie

– autonoma	0
– deambulazione con presidi	20
– spostamenti possibili solo in carrozzella	50
– permanente allettamento	100

Funzione Visiva

– conservata	0
– visus residuo compatibile con autonomia in ambiente protetto	25
– cecità totale o residui visivi non utilizzabili	100

Vestizione

– autonoma	0
– parzialmente autonoma	15
– non autonoma	30

Alimentazione

– autonoma	0
– non autonoma (necessità di assistenza durante l'alimentazione orale)	30
– alimentazione parentale o con sondino naso-gastrico	50

Igiene personale

– autonoma	0
– ha necessità di assistenza per lavarsi e per l'igiene intima	20

Continenza / Incontinenza

– controlla autonomamente la funzionalità degli sfinteri	0
– non controlla gli sfinteri necessitando di presidi sanitari (pannolone e/o catetere e/o stomia)	30

Stato psichico e funzioni intellettive

Orientamento spazio-temporale

– presente	0
– parzialmente o saltuariamente assente	10
– totalmente o permanentemente assente	100

Memoria

– presente	0
– parzialmente assente	10
– assente	100

Capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni

– presente	0
– parzialmente assente	10
– assente	100

Capacità di instaurare rapporti interpersonali	
– presente	0
– parzialmente assente	10
– assente	100
Stato di agitazione psicomotoria	
– presente	0
– saltuaria	10
– persistente	100
Stato di completa apatia	
– presente	0
– saltuaria	10
– persistente	100

ELENCO “GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI”

Chirurgia cardiaca

- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Commisurotomia.
- Impianto di arteria mammaria singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardico.
- Infartectomia in fase acuta.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Pericardiectomia.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Sutura del cuore per ferite.
- Valvuloplastica.
- Trapianto del cuore.

Collo

- Tiroidectomia parziale o totale per neoplasie maligne.
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinoma.

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Cranioplastiche.
- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana
- sezione intracranica di altri nervi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Operazione per encefalo meningocele.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

Esofago

.....

- Collocazione di protesi endoesofagea.
- Interventi non endoscopici nell'esofagite, nell'ulcera esofagea, nell'ulcera peptica e nell'ulcera gastrica.
- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago parziale.
- Resezione totale esofagea.
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne o per tumori.

Faccia e bocca

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Fratture dei mascellari superiori trattate chirurgicamente.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronioide mandibolare trattate chirurgicamente.
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne o benigne del massiccio facciale, della lingua, del pavimento orale e della tonsilla.
- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica e coledocotomia.
- Epatectomia semplice per cisti da echinococco.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto-gastrotomia, colecisto-enterostomia).
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Trapianto del fegato.

Apparato genitale

- Eviscerazione pelvica.
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

Laringe

- Faringaringectomia.
- Laringectomia parziale o totale.

Oculistica

- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Trapianto corneale.

Ortopedia e traumatologia

- Artroprotesi di anca.
- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.
- Vertebroplastica.
- Interventi chirurgici per neoplasie ossee maligne.
- Interventi di stabilizzazione vertebrale.

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Timpanoplastica.
- Impianto di protesi cocleare.
- Intervento chirurgico per neurinoma del VIII nervo cranico.
- Interventi chirurgici per tumori glomici.

Pancreas e milza

- Anastomosi mesenterica-cava.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Interventi demolitivi del pancreas per neoplasie maligne.
- Interventi per pancreatite acuta e cronica.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
- Interventi di fistole pancreatiche.
- Splenectomia.

Peritoneo e intestino

- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali.
- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo cecale.

Retto

- Amputazione del retto.

Stomaco e duodeno

- Gastrectomia parziale o totale.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Resezione gastro-digiunale.

Torace

- Asportazione del timo.
- Decorticazione polmonare.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare.
- Pleuro pneumectomia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Resezioni segmentarie polmonari e lobectomia.
- Trapianto polmonare.

Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale.
- Ileocisto plastica.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Nefrectomia parziale per neoplasia maligna.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto del rene.
- Interventi di prostatectomia radicale per neoplasia maligna.

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: arterie carotidi, arterie vertebrali, tronco brachiocefalico, arterie iliache.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca, effettuati non per via endoscopica.
- Interventi per stenosi od ostruzioni della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima, effettuati non per via endoscopica.
- Interventi chirurgici per aneurismi dell'aorta.