

## Appendice di Dichiarazione n. 601945043

Contraente:	TECHNIP ITALY CLUB
Sede Sociale:	VIALE CASTELLO DELLA MAGLIANA 68 - 00148 ROMA (RM)
Partita IVA:	04418561009
Polizza n:	730952849
Ramo:	8 - MODELLO GENERICO RSM
Agenzia:	569 - ROMA MONTESACRO
Codice Autorizzazione:	LJ03046381

Con la presente appendice che forma parte integrante della polizza sopraindicata, si prende atto tra le parti, con effetto dalle ore 24.00 del 19/04/2022, di quanto segue:

Si prende atto della variazione della denominazione sociale della società Technip Italy S.p.A. e pertanto, a rettifica di quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione alla voce PREMESSA, la denominazione sociale Technip Italy S.p.A. deve intendersi sostituita con Technip Energies Italy spa.

A rettifica di quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione e dalle appendici n. 601400289 e n. 601658035 i testi degli articoli 5.1- "Obblighi relativi alla denuncia dei sinistri " e 5.2 "Criteri di Liquidazione" devono intendersi rettificati e sostituiti come descritto di seguito:

articolo 5.1- Obblighi relativi alla denuncia dei sinistri

La modalità di denuncia del sinistro, si differenzia in base alla tipologia di Struttura sanitaria utilizzata.

A) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma diretta)

La ricerca delle Strutture sanitarie convenzionate e dei medici specialisti convenzionati è effettuabile da parte dell'Assicurato, mediante l'accesso alla propria Area personale a lui riservata all'indirizzo <https://www.soluzioniassicurativesanitarie.it>

L'Assicurato, deve prenotare la prestazione sanitaria necessaria, utilizzando una delle seguenti modalità:

1) Rivolgersi direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata, comunicando il proprio codice fiscale e/o codice dell'Assicurato, permettendo così alla Struttura sanitaria stessa di identificarlo e verificarne la copertura assicurativa (assicurabilità e massimale residuo) e la fruibilità della prestazione

2) Chiamare la Centrale Informativa di Soluzioni Assicurative Sanitarie S.r.l., nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00 ai seguenti numeri:

- numero verde 800-129448 per telefono fisso
- numero +39 06 67549.448 da mobile e dall'estero



## Appendice di Dichiarazione n. 601945043

3) Accedere all'Area personale riservata, all'indirizzo <https://wwwsoluzioniassicurativesanitarie.it>. e una volta individuata la Struttura sanitaria desiderata, invia alla stessa la richiesta di prenotazione, compilando il relativo format e indicando recapiti telefonici, 2 date possibili e le prestazioni sanitarie a lui necessarie, allegando quindi eventuale documentazione in suo possesso (prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa).

La Struttura sanitaria convenzionata, contatterà l'assistito per accordarsi sulla prenotazione e/o per richiedere eventuali ulteriori informazioni. Ad appuntamento stabilito, la Struttura convenzionata aprirà il sinistro impegnando il massimale previsto per la prestazione oggetto dell'appuntamento.

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata senza aver attivato una delle modalità soprariporate, le spese sanitarie sostenute - indennizzabili a termini di Polizza - verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider" (assistenza in forma rimborsuale).

Qualora, un medico operante all'interno della Struttura sanitaria convenzionata risultasse non convenzionato con il network, il Provider è disponibile a convenzionarlo (purché la richiesta di convenzionamento sia pervenuta, tramite la Struttura sanitaria convenzionata, per tempo ed il medico abbia accettato i Tariffari del Provider) in modo tale da permettere l'attivazione della procedura di assistenza in forma diretta.

L'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata, all'atto della fruizione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico con diagnosi certa o presunta.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Impresa provvede a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata i costi previsti per le prestazioni sanitarie autorizzate in quanto indennizzabili a termini di Polizza.

La Struttura sanitaria non può richiedere all'Assicurato, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, ad eccezione del caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla Polizza, eccedenti i massimali assicurati o non autorizzate dalla Centrale Informativa, nonché nel caso in cui, a seguito della verifica della documentazione di spesa e sanitaria ricevuta, le prestazioni sanitarie erogate non risultino in alcun modo indennizzabili a termini di Polizza.

Qualora in una Struttura sanitaria convenzionata venga effettuata una o più prestazioni sanitarie da parte di personale medico non convenzionato, le relative spese sostenute dall'Assicurato (comprese eventuali spese sanitarie inerenti la Struttura sanitaria), verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

### B) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma rimborsuale)

Nei casi in cui non operi il servizio di pagamento diretto, l'Assicurato deve inviare a rimborsso, entro 30 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dell'emissione della fattura/ricevuta negli altri casi, la copia della documentazione della spesa sanitaria sostenuta corredata di tutta la documentazione prevista, attraverso una delle modalità di seguito indicate.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Modalità per richiedere il rimborso:

1. Area Personale Applicativo Web: [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it)
2. Posta a : Soluzioni Assicurative Sanitarie S.r.l., Viale Parioli, 72 - 00197 Roma
3. Numeri telefonici (nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00):  
- numero verde 800-129448 per telefono fisso



## Appendice di Dichiarazione n. 601945043

- numero +39 06 67549.448 da mobile e dall'estero

Contattando la Centrale Informativa l'Assicurato comunica i propri dati, per ottenere tutte le informazioni circa la propria assicurabilità, la copertura della prestazione e conoscere l'eventuale quota a proprio carico. Anche utilizzando la piattaforma web attraverso la propria Area personale riservata, l'Assicurato può verificare la sua assicurabilità e il massimale residuo.

Una volta in possesso della documentazione di spesa, l'Assicurato inoltra telematicamente (documenti scansionati) la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate corredate, ove previsto, dalla documentazione sanitaria entro e non oltre il termine sopraindicato.

Eventuali sospensioni della pratica o richieste di integrazioni avverranno sempre attraverso il sistema telematico.

Qualora diversamente richiesto, l'Assicurato può inviare la Copia della documentazione anche non dematerializzata, la stessa verrà riportata in formato digitale per poter processare la pratica e, qualora la stessa fosse inoltrata in originale, verrà reinviata a mezzo posta a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato può verificare in ogni momento, sempre all'interno dell'Area personale riservata, lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Per entrambi i punti A) e B) sopra riportati, l'Assicurato deve:

- 1) fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o altra prestazione extra-ricovero indennizzabili a termini di Polizza;
- 2) presentare le copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione stessa.

L'Assicurato deve altresì:

- 1) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- 2) fornire all'Impresa ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria per poter processare la pratica, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, l'Azienda socia o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

### Articolo 5.2 - Criteri di Liquidazione

#### Punto 1 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento viene sempre effettuato previa presentazione della fattura/ricevuta, riportante le prestazioni effettuate. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia dell'Impresa al diritto di surrogazione". A tal proposito, in aggiunta alla documentazione prevista per l'inoltro della richiesta di pagamento, l'assicurato dovrà allegare anche copia del prospetto di liquidazione ricevuto dai predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio della data di emissione della fattura rilevato dalla Banca Centrale Europea.

Contatti per assistenza e/o informazioni:

Numeri telefonici (nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00):

- numero verde 800-129448 per telefono fisso
- numero +39 06 67549.448 da mobile e dall'estero



## Appendice di Dichiarazione n. 601945043

Email:

- [info@soluzioniassicurativesanitarie.it](mailto:info@soluzioniassicurativesanitarie.it)
- [reclami@soluzioniassicurativesanitarie.it](mailto:reclami@soluzioniassicurativesanitarie.it)

**Fermo ed invariato il resto.**

Sottoscritto il \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

• Allianz S.p.A.



Firma del Contraente/Legale Rappresentante

