

## **Condizioni di Copertura per la Garanzia Rimborso Spese Mediche**

- ⇒ **La Società assicuratrice assicura il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese farmaceutiche nonché le rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norma delle condizioni generali di assicurazione;**
- ⇒ Si intendono comprese, nei limiti del massimale assicurato, anche le spese sostenute per :
- le protesi dentarie ed ogni altra protesi, resa necessaria sempre a seguito di infortunio, nel limite del massimale assicurato
  - le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali, sempreché previsto dal medico curante a seguito di infortunio con menomazione della vista, fino al limite di € 150,00 per infortunio;
  - le spese per l'acquisto e/o l'affitto di materiale necessario all'infortunato per un corretto decorso dell'infortunio (ad es. stampelle, busti ortopedici, sedia a rotelle, ecc.) nel limite del massimale assicurato.
  - trasporto della persona infortunata all'Ospedale o Pronto Soccorso e viceversa fino ad un massimo di € 100,00 per ogni infortunio
- ⇒ Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dei documenti giustificativi in originale (certificati medici, ricevute della Farmacia, documenti giustificativi dell'Istituto di Cura nel quale ha avuto luogo il ricovero, ricevute spese mediche, ecc.)
- ⇒ La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste;
- ⇒ In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore, al giorno della denuncia stessa;
- ⇒ La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 60° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/ola degenza;

### **FRANCHIGIA:**

**IL RIMBORSO VERRA' EFFETTUATO PREVIA DETRAZIONE DELL'IMPORTO DI € 50,00 PER OGNI DENUNCIA DI SINISTRO RELATIVO A CIASCUN ASSICURATO**

---

**FAC-SIMILE CERTIFICATO DI CHIUSURA DA INVIARE, A GUARIGIONE CLINICA ULTIMATA, A:  
JANUA BROKER SpA – Via XX Settembre 33/1 – 16121 - GENOVA**

Data e luogo : \_\_\_\_\_

Il sottoscritto : \_\_\_\_\_ in qualità di:

Genitore del minore infortunato (indicare il nominativo dell'infortunato) \_\_\_\_\_

Soggetto infortunato

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Dichiara che in seguito al sinistro occorso in località \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ l'infortunio può essere considerato chiuso:

Senza postumi di invalidità permanente

Con postumi di invalidità permanente

Dichiara inoltre di aver inviato tutte le pezze giustificative relative alle spese mediche sostenute.

Firma \_\_\_\_\_