



Lotto 10 a)

**Capitolato tecnico dell'assicurazione
RIMBORSO SPESE MEDICHE**

**Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2022
Scadenza ore 24.00 del 31/12/2024**

DEFINIZIONI

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Azienda

L'impresa o ente i cui dipendenti sono assicurati. Ai fini del presente contratto, ai dipendenti sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, nonché i membri degli organi statutari. Tali soggetti acquisiscono la qualifica di Beneficiario dell'assicurazione.

Qualora l'Azienda stipuli in proprio il contratto di assicurazione con XXXXXXXXX, acquisisce la qualifica di Contraente.

Beneficiario

Il soggetto legato all'Azienda da un rapporto di dipendenza o collaborazione a diverso titolo, che fruisce dell'assicurazione.

XXXXXXXXXX

Società di servizi, facente parte del Gruppo XXXXXXXXX, che provvede, per conto della stessa:

- alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le strutture sanitarie e con i medici chirurghi;
- alla liquidazione dei sinistri della Sezione Rimborso Spese Mediche.

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro.

Cartella Clinica

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Cure termali

Trattamenti effettuati in Centri / Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Nucleo

I familiari risultanti dallo stato di famiglia o di residenza, intendendo per tali il coniuge, la parte dell'unione civile o convivente "more uxorio" anche dello stesso sesso, i figli ed i genitori, – quest'ultimi purché conviventi - Si intendono altresì compresi i figli non conviventi ma fiscalmente a carico e i minori legalmente affidati o adottati purché fiscalmente a carico anche se non presenti nello stesso stato di famiglia.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario Sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

XXXXXXXXX di Assicurazioni

Strutture Sanitarie e Medici Chirurghi Convenzionati

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con XXXXXXXXXXXX, presso i quali l'Assicurato – previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di XXXXXXXXXXXX – può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura, nonché le malattie croniche e recidivanti, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- interventi per la correzione dei difetti visivi;
- neonati;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, onorari medici e accertamenti diagnostici;
- medicinali anche omeopatici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- cure termali;
- protesi ortopediche e acustiche;
- lenti;
- prestazioni odontoiatriche;
- cure psicoterapiche
- medicina preventiva
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a. Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati
- b. Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati
- c. Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- d. Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

Il titolare potrà sottoscrivere in modo alternativo una delle seguenti 3 opzioni:

• OPZIONE 1: Single

L'assicurazione è prestata a favore del solo Dipendente (senza nucleo familiare) dell'Azienda associata.

• OPZIONE 2: Nucleo - Esclusi genitori

L'assicurazione è prestata a favore del Dipendente dell'Azienda associata nonché dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o di residenza, intendendo per tali il coniuge, la parte dell'unione civile o convivente "more uxorio" anche dello stesso sesso, i figli, purché conviventi. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi ma fiscalmente a carico e i minori legalmente affidati o adottati purché fiscalmente a carico anche se non presenti nello stesso stato di famiglia.

• OPZIONE 3: Nucleo - Compresi genitori

L'assicurazione è prestata a favore del Dipendente dell'Azienda associata nonché dei familiari risultanti dallo

stato di famiglia o di residenza, intendendo per tali il coniuge, la parte dell'unione civile o convivente "more uxorio" anche dello stesso sesso, i figli e i genitori, purché conviventi. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi ma fiscalmente a carico e i minori legalmente affidati o adottati purché fiscalmente a carico anche se non presenti nello stesso stato di famiglia.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile, l'attivazione della stessa in un momento successivo.

3. RICOVERO

3.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a. Pre-ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
- b. Intervento chirurgico
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, la Società liquida, limitatamente a quest'ultimo, le spese con il massimo di 2.500 euro per ricovero.
- c. Assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d. Rette di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
- e. Accompagnatore
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f. Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2. TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di euro 550,00 per ricovero, nel caso di evento avvenuto in Italia, o di euro 1.050,00 per ricovero in caso di evento avvenuto all'estero.

3.3. DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati. È compreso nella garanzia anche il caso di day-hospital a fine esclusivamente diagnostico, nei limiti del massimale ricovero.

3.4. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5. TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo nel limite di euro 5.165,00 per ricovero. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6. PARTO E ABORTO

3.6.1. PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "pre ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata nel limite di cui all'art 3.12 "Massimale assicurato", sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.6.2. PARTO NON CESAREO. ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "pre ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.7. TRASPORTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso in Italia la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

In caso di decesso all'estero la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8. INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI

Rientrano in copertura gli interventi di laserchirurgia per la correzione e/o l'eliminazione dei difetti visivi, indipendentemente dalla procedura/tecnica utilizzata, nel limite annuo di € 2.580,00 per occhio e limitatamente a quelli effettuati in caso di deficit visivo superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

3.9. MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura":
 - lett. a) "Pre ricovero";
- punto 3.2 "Trasporto sanitario";
- punto 3.7 "Trasporto/Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

- punto 3.6.2 "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";
- punto 3.8 "Interventi per la correzione dei difetti visivi"

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente dalla Società alla struttura stessa senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Le spese relative alle prestazioni effettuate dall'equipe non convenzionata vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.2 "Trasporto sanitario";
- punto 3.6.2 "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";
- punto 3.7 "Trasporto/Rimpatrio della salma"
- punto 3.8 "Interventi per la correzione dei difetti visivi"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di scoperti o franchigie ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.2 "Trasporto sanitario";
- punto 3.6.2 "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";
- punto 3.7 "Trasporto/Rimpatrio della salma"
- punto 3.8 "Interventi per la correzione dei difetti visivi"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

d. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.10 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett.

a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.10. INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero.

3.11. NEONATI

I nuovi nati nel periodo di validità della polizza, sono gratuitamente assicurati per le stesse garanzie - e gli stessi massimali - previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da quel momento e fino alle ore 24:00 del 30° giorno successivo.

3.12. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per nucleo familiare.

3.13. ANTICIPO DEL MASSIMALE ASSICURATO

In caso di avvenuto ricovero in Istituto di Cura presso strutture sanitarie e/o personale non convenzionato con XXXXXXXXXX, può essere richiesto un anticipo sulla liquidazione delle spese rimborsabili, a fronte di presentazione di preventivo, in misura non superiore al 70%, purché nei limiti del massimale di polizza e previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti:

- la previsione di ricovero e l'eventuale necessità di intervento chirurgico
- la natura della malattia o dell'infortunio.

Tale anticipo viene corrisposto a condizione che l'ammontare delle spese sia pari o superiore ad euro 2.600,00 e a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità delle spese di ricovero; al termine si procederà al conguaglio, attivo o passivo, in base alle spese effettivamente sostenute.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- **Alta diagnostica radiologica:**
 - Amniocentesi
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Clisma opaco
 - Colangiopancreatografia endoscopica (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Rx esofago con mezzo di contrasto
 - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
 - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
 - Scialografia
 - Splenoportografia

- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia
- **Accertamenti:**
 - Coronarografia
 - Diagnostica radiologica (tutta)
 - Doppler (tutti)
 - E.C.G. a riposo e sotto sforzo, anche secondo Holter
 - Ecocardiografia
 - Ecografie (tutte)
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - Mammografia o Mammografia Digitale
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Telecuore
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- **Terapie:**
 - Chemioterapia
 - Cobaltoterapia
 - Dialisi
 - Laserterapia (anche antalgica)
 - Radioterapia
 - Immunoterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La gravidanza si intende equiparata a patologia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare, con elevazione a € 15.000,00 in caso di **cure per malattie oncologiche**.

5. PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

Il massimale annuo per le prestazioni di cui ai seguenti punti:

- 5.1 "Visite specialistiche, onorari medici e accertamenti diagnostici";
- 5.2 "Medicinali anche omeopatici";
- 5.3 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi";
- 5.4 "Assistenza infermieristica domiciliare";
- 5.5 "Cure termali"

corrisponde a € 2.000,00 per nucleo familiare.

5.1. VISITE SPECIALISTICHE, ONORARI MEDICI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici

conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Le visite in età pediatrica si intendono in copertura anche se effettuate per il controllo di routine legato alla crescita.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La gravidanza si intende equiparata a patologia. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5.2. MEDICINALI ANCHE OMEOPATICI

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali, anche omeopatici, prescritti a seguito di malattia o infortunio. Si intendono compresi in garanzia anche i vaccini e i farmaci da banco.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I medicinali omeopatici potranno essere prescritti esclusivamente da un medico omeopata. La gravidanza è equiparata a patologia

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- relativi scontrini fiscali dai quali risultino la denominazione, la quantità e il prezzo del farmaco e il codice fiscale dell'assicurato.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali o prodotti di dermocosmesi.

Il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 50,00 per patologia/invio/persona.

5.3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

Sono previste l'agopuntura e l'elettro-agopuntura a fini antalgici purché praticate da medico regolarmente iscritto all'Albo. È altresì compreso il noleggio delle apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per patologia/invio/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

5.4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

La Società rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare, richiesta da medico curante, nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per nucleo/anno assicurativo.

5.5. CURE TERMALI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per cure termali prescritte da medico (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% e minimo non indennizzabile di € 50,00 per patologia/invio/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.040,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per patologia/invio/persona.

7. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali, montature, lenti a contatto anche usa e getta nel limite annuo di € 260,00 per persona.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

8. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E ALTRE PRESTAZIONI DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico.

La garanzia si intende operante anche per le visite odontoiatriche/ortodontiche e l'ablazione del tartaro anche non propedeutici a piani di cura

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

La presente garanzia si intende operante anche in regime ospedaliero e prevede, nei limiti del massimale sotto-indicato, anche la copertura delle seguenti prestazioni:

- **Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

- **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nel caso di ricovero con intervento chirurgico

- **Retta di degenza**

Non sono comprese nella garanzia le spese voluttuarie

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.200,00 per nucleo familiare.

9. CURE PSICOTERAPICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per colloqui continuativi prescritti dal medico specializzato in psichiatria o in neurologia ed effettuati da medico specialista abilitato alla psicoterapia o da psicoterapeuta regolarmente iscritto all'albo fino alla concorrenza della somma di € 500,00 (sottolimito della prestazione Extraricovero - art. 5)

10. MEDICINA PREVENTIVA (solo per il Dipendente)

Spese relative alle prestazioni qui di seguito indicate:

Condizioni Donna - mammografia o ecografia mammaria - pap test - ECG a riposo o da sforzo - RX torace - Esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, Azotemia, Acido urico, Creatinina, Transaminasi GPT, Transaminasi GOT, Gamma GT, Sodio, Potassio, Bilirubina totale e frazionata, Elettroforesi/proteine - Esame urine completo - Ecografia addome - Esami nevi in epiluminescenza - Vaccino antiinfluenzale

Condizioni Uomo - ECG a riposo o da sforzo - RX torace - Esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, Azotemia, Acido urico, Creatinina, Transaminasi GPT, Transaminasi GOT, Gamma GT, Sodio, Potassio, Bilirubina totale e frazionata, Elettroforesi/proteine - Esame urine completo - PSA e PSA free - Ecografia addome - Esami nevi in epiluminescenza - Vaccino antiinfluenzale.

Ciascuno degli esami sopra riportati potrà essere effettuato anche in assenza di prescrizione medica. La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale per dipendente/anno assicurativo stabilito nella tabella delle garanzie.

11. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe convenzionate con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

12. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di XXXXXXXX e telefonando ai seguenti numeri:

- a. dall'Italia: Numero Verde xxxxxxxx
- b. dall'estero: Prefisso internazionale xxxxxxxx

XXXXXXXXXX è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture

sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio e/o malattia improvvisa. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

13. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali sono quelli riportati nella scheda sinottica che forma parte integrante del presente contratto.

14. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti e i relativi familiari avrà effetto, in forma rimborsuale, dalle ore 24 del xxxxxx. In forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, la copertura avrà effetto dal 15° giorno successivo la ricezione delle anagrafiche da parte della Società.

15. INCLUSIONI / ESCLUSIONI – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) Familiari risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, i familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto se previsto.

Per i casi in cui è richiesta la compilazione del questionario, se l'analisi dello stesso non evidenzia la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura, la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto, sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione. Tuttavia, se in seguito all'esame del Questionario Sanitario si rendesse necessaria la richiesta di particolari limitazioni di copertura, l'assicurazione decorrerà dal giorno dell'accettazione delle stesse da parte dell'Assicurato.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto se previsto. Per i casi in cui è richiesta la compilazione del questionario, se l'analisi dello stesso non evidenzia la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura, la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione. Tuttavia, se in seguito all'esame del Questionario Sanitario si rendesse necessaria la richiesta di particolari limitazioni di copertura, l'assicurazione decorrerà dal giorno dell'accettazione delle stesse da parte dell'Assicurato.

3) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni, e l'analisi del Questionario Sanitario – se previsto - non evidenzi la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società, sempreché l'analisi del Questionario Sanitario – se previsto - non evidenzi la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura. Per i casi in cui è richiesta la compilazione del questionario, se in seguito all'esame dello stesso vengano richieste particolari limitazioni di copertura, l'assicurazione decorrerà dal giorno dell'accettazione delle stesse da parte dell'Assicurato.

L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto, ove previsto.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

5) Regolazione del premio

Il premio di polizza è inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati indicati su apposito tracciato record informatico – fornito da XXXXXXXX – che costituisce parte integrante del contratto.

Entro 60 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo, il Contraente dovrà fornire a XXXXXXXX i dati necessari alla determinazione consuntiva del premio, eventualmente non ancora comunicati.

XXXXXXX, in base alle comunicazioni del Contraente, provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando a debito del Contraente, relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al numero 2 e 3 del presente punto:

- al 100% del premio annuo per coloro entrati in copertura nel primo trimestre assicurativo;
- all'80% del premio annuo per coloro entrati in copertura nel secondo trimestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro entrati in copertura nel terzo trimestre assicurativo;
- al 40% del premio annuo per coloro entrati in copertura nel quarto trimestre assicurativo.

In caso di uscita dalla copertura nel corso dell'annualità assicurativa il premio convenuto è comunque dovuto a XXXXXXXX e nessuna restituzione spetta al Contraente.

L'eventuale differenza risultante dalla regolazione deve essere pagata nei 60 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva dovuta, XXXXXXXX deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per la rata o le rate successive al periodo considerato per la regolazione viene computato in conto e a garanzia del premio relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto di XXXXXXXX di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, XXXXXXXX, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisca la mancata regolazione.

XXXXXXX ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate da XXXXXXXX di eseguire gli accertamenti.

Qualora, per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente, il premio di regolazione risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare a XXXXXXXX la differenza dovuta.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, XXXXXXXX è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in ugual misura.

Per detti sinistri XXXXXXXX ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Tale disposizione contrattuale è altresì operante sia per tutti i pagamenti posteriori alla fase di aggiudicazione e stipula del contratto, sia per i pagamenti di rate, appendici e/o regolazioni premio successive, scaturenti dal medesimo contratto assicurativo.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

A.2 EFFETTO DIFFERITO

Non applicabile

A.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

L'Ente, entro la scadenza contrattuale, si riserva la facoltà di procedere all'affidamento per la ripetizione dei servizi oggetto del contratto per un periodo di 12 mesi, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche (**CLAUSOLA NON MODIFICABILE**).

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.5 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.6 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

A.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.9 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

A.10 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del Questionario Sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

A.11 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

A.12 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza.

Fermo quanto indicato sopra, qualora l'assicurazione sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate, la stessa cessa con il loro manifestarsi.

A.13 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

A.14 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

B - CONDIZIONI PARTICOLARI

La copertura può prestata con le seguenti opzioni:

1. INTEGRATIVA FASI

La copertura si intende operante anche in forma integrativa al Fasi come di seguito regolamentato:

1) per il titolare e i famigliari coperti dal Fondo:

- a. le prestazioni previste dal FASI vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti e/o franchigie
- b. le prestazioni non previste dal FASI vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%;
- c. le prestazioni previste dal FASI nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo, vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50%.

- 2) per i famigliari non coperti dal Fondo
a. l'assicurazione è operante a primo rischio con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

2. FORMA COMPLETA

La copertura si intende prestata in forma completa con l'applicazione degli scoperti e franchigie indicate in polizza

C - LIMITAZIONI

C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a. le malattie mentali fatta eccezione per i casi comportanti interventi chirurgici;
- b. le conseguenze derivanti da abuso di alcoolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- d. gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Assicurato; l'assicurazione si intende tuttavia estesa agli infortuni determinati da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- e. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetto fisico o malformazione preesistente alla stipulazione della polizza, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata, prima della stipulazione;
- f. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio), le cure e protesi odontoiatriche e ortodontiche salvo quanto espressamente previsto in polizza;
- g. l'acquisto, la manutenzione, la riparazione o il noleggio di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto eventualmente dalle singole opzioni.
- h. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, fatta eccezione per le sole cure a carattere sperimentale purché riconosciute ed effettuate presso centri riconosciuti
- i. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

Inoltre, l'assicurazione non comprende i danni derivanti da:

- j. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza", sono inoltre esclusi dalla garanzia i casi di perdita di autosufficienza dell'Assicurato causati da:

- a. dolo del Contraente, dell'assicurato o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- c. contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- d. malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- e. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici;
- f. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g. attività sportiva o professionale dichiarata come non praticata al momento della sottoscrizione della proposta di contratto anche se intrapresa successivamente a tale momento;
- h. suicidio o tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di perfezionamento del contratto

- o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.
 - i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, fatta eccezione per le sole cure a carattere sperimentale purché riconosciute ed effettuate presso centri riconosciuti
 - j. dal rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute
- Laddove nel luogo in cui soggiorna l'assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi simili, l'assicurazione permane in vigore per un massimo di dieci giorni dalla data in cui le autorità italiane abbiano emanato l'ordine di evacuazione. Trascorso tale termine senza che l'assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente.
 - L'esistenza di una situazione di guerra e simili, al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

C.3 LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento dell'81° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

D – SINISTRI

D.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del *sinistro*. Pertanto, **l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo *sinistro*.**

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico; unicamente in caso di richiesta di rimborso dei tickets per prestazioni fruite presso il Servizio Sanitario Nazionale, è ammessa un'unica denuncia relativa a differenti eventi patologici **purché comunque riferiti al medesimo Assicurato.**

In ogni caso non sono ammesse a rimborso/indennizzo denunce di *sinistro* pervenute oltre il termine di 180 giorni dalla data di scadenza della presente *polizza* o dalla data di uscita dalla copertura del singolo *Assicurato*.

D.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON XXXXXXXXXX

Prima di accedere alla struttura sanitaria **l'Assicurato deve sempre telefonare - con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'Esteri) prima della data del ricovero o di erogazione della prestazione extraricovero – a XXXXXXXXXX** ai seguenti numeri telefonici:

- ♦ dall'Italia : Numero Verde XXXXXXXXX
- ♦ dall'estero : Prefisso internazionale XXXXXXXXX

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le *strutture sanitarie* possono subire variazioni nel tempo è **essenziale - al fine di ottenere la prestazione in *forma diretta* - che l'Assicurato acceda alle *strutture sanitarie* e ai medici chirurghi convenzionati esclusivamente per il tramite di XXXXXXXXXX, in mancanza del quale il servizio non è operante.**

XXXXXXXXXX è a disposizione degli *Assicurati*:

- ♦ **dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato**, per la prenotazione delle *strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati*, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ♦ **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla *struttura sanitaria*, **l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta**

di prestazione", che costituisce la prima denuncia del *sinistro*.

Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (*scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia*).

XXXXXXXXXX provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla *polizza*, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la *struttura sanitaria*;XXXXXXXXXX curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che XXXXXXXXXXXX non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

XXXXXXXXXX è comunque a completa disposizione del *Contraente* e degli *Assicurati* per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- ♦ **le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero non sono pagate direttamente**, ma rimborsate – al netto degli *scoperti/franchigie* previsti nella **Scheda riepilogativa** – al ricevimento della relativa documentazione di spesa e copia della cartella clinica completa in caso di *ricovero*, o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia della relazione dell'intervento.;
- ♦ **nel caso in cui XXXXXXXXXXXX non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da XXXXXXXXXXXX;**
- ♦ **rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa;**
- ♦ **l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di XXXXXXXXXXXX, delega XXXXXXXXXXXX a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;**
- ♦ **qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da XXXXXXXXXXXX.**

D.3 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON XXXXXXXXXXXX

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria convenzionata*, xxxxx paga direttamente la *struttura sanitaria* (fermo quanto previsto per la stessa al punto 5.2), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica, che verranno rimborsate secondo le regole disciplinate al punto 5.4 e previa applicazione degli *scoperti/franchigie* previsto dalla Scheda riepilogativa.

D.4 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE sanitarie e medici entrambi NON CONVENZIONATI CON XXXXXXXXXXXX

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori), 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) e 2952 (Prescrizione in materia di assicurazione) del Codice Civile, **l'Assicurato deve – a prestazione effettuata – inviare la denuncia a XXXXXXXXXXXX, denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese.**

In particolare, l'Assicurato deve fornire a XXXXXXXXXXXX:

- ♦ **copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;**
- ♦ **originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate**, che vengono poi restituite da XXXXXXXXXXXX con indicazione della liquidazione effettuata.

In caso di intervento del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extraricovero.

Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa),XXXXXXXXXX provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di *polizza* entro il termine di 30 giorni.

Rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

Qualora la presente *polizza* sia stata attivata dal *Contraente* in forma a primo rischio e l'Assicurato ottenga, per il tramite di altra copertura assicurativa, il rimborso delle spese sostenute, XXXXXXXX garantisce il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico, **purché indennizzabile a termini di *polizza*, nell'ambito del *massimale* e previa applicazione degli *scoperti/franchigie* – da applicarsi all'eccedenza di spesa per la quale è richiesto il rimborso – previsto dalla Scheda riepilogativa.** A tal fine l'Assicurato deve inoltrare aXXXXXXXXXX la denuncia corredata dalla documentazione medica e di spesa con evidenza degli importi già erogati da altro Ente in favore dell'Assicurato.

RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.xxxxxxx. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

D.5 RICOVERO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per il pagamento della indennità sostitutiva del rimborso occorre fornire aXXXXXXXXXX la **cartella clinica completa del ricovero**.

D.6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve inoltre:

- ♦ **sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, ad eventuali accertamenti e controlli medici** disposti da XXXXXXXX o suoi incaricati, **fornendo ogni informazione** che la stessa ritenga necessaria;
- ♦ sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

D.7 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e XXXXXXXX, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le parti;
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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 sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

D.8 DATA DEL SINISTRO

Per "data in cui si è verificato il *sinistro*" si intende il giorno in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento*

chirurgico; per le Prestazioni Extra ricovero: la data della prima prestazione sanitaria erogata.

XXXXXXXXX effettua, **nei limiti del *massimale annuo previsto dalla Scheda riepilogativa***, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro*, e comunque non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.

Qualora la polizza sia sostituita da copertura presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di XXXXXXXX.

AREA RICOVERO	
PRESTAZIONI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
<p>In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spese per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 gg precedenti e relativi al ricovero; • Spese per onorari dei chirurghi, dell'eventuale uso del robot, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi; • Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi; • Spese per le rette di degenza; • Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. • Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. • Parto cesareo e aborto terapeutico. 	<p>€ 300.000,00 centri convenzionati: nessuno scoperto e/o franchigia fuori dai centri convenzionati: nessuno scoperto e/o franchigia</p>
<p>Interventi per correzione o eliminazione dei vizi della vista (deficit superiore a cinque diottrie sul singolo occhio)</p>	<p>€ 2.580,00</p>
<p>In caso di day hospital (escluse le cure termali)</p>	<p>Incluso nel massimale ricovero di cui sopra</p>
<p>In caso di parto naturale Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, rette di degenza durante il periodo di ricovero.</p>	<p>€ 3.000,00</p>
<p>Trasporto sanitario In ambulanza, unità coronarica mobile e aereo sanitario</p>	<p>€ 550,00 in Italia € 1.050,00 all'estero</p>
<p>Per l'accompagnatore Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.</p>	<p>€ 80,00 al giorno con il massimo di € 2.400,00</p>
<p>Diaria sostitutiva Nel caso in cui l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa.</p>	<p>€ 80,00 al giorno con il massimo di 150 giorni</p>

FUORI RICOVERO	
PRESTAZIONI	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
Alta Specializzazione (come da Art. 4)	€ 10.000,00 Scoperto 20% minimo € 50,00 per prestazioni fuori dai centri convenzionati (elevazione massimale a € 15.000,00 per cure per malattie oncologiche)
Prestazioni extra ricovero <ul style="list-style-type: none"> • Visite specialistiche, onorari medici ed accertamenti diagnostici • Medicinali compresi omeopatici e vaccini • Trattamenti fisioterapici e rieducativi compreso il noleggio delle apparecchiature sanitarie • Agopuntura purché praticata da medici iscritti all'Albo • Assistenza infermieristica domiciliare richiesta dal medico curante (limite di € 26,00 al giorno per max 30 gg) • Cure termali - escluse le spese di natura alberghiera • Cure psicoterapiche 	€ 2.200,00 Scoperto 20% minimo € 50,00 per prestazioni fuori dai centri convenzionati Sottolimito € 500,00 per cure psicoterapiche
Dentarie La Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico. La garanzia si intende operante anche per le visite odontoiatriche/ortodontiche e l'ablazione del tartaro anche non propedeutici a piani di cura.	€ 1.200,00 Scoperto 15% per prestazioni nei centri convenzionati; scoperto 25% con il minimo di € 100,00 per prestazioni fuori dai centri convenzionati
Medicina Preventiva (solo dipendente)	€ 250,00
ALTRO	
Protesi ortopediche ed acustiche	€ 1.040,00 Franchigia € 50,00
Lenti correttive (comprese montature e lenti a contatto anche usa e getta) a seguito cambio visus	€ 260,00 anno/persona
Rimpatrio della salma a seguito di decesso durante il ricovero	€ 3.000,00
Trasporto della salma a seguito di decesso durante il ricovero	€ 2.000,00
L.T.C. (Long Term Care)	€ 6.500,00 una tantum

**ALLEGATO
GARANZIA LONG TERM CARE**

1. RISCHIO ASSICURATO

XXXXXXXXX garantisce gli Assicurati contro il rischio della perdita di autosufficienza. È considerata non autosufficiente la persona che:

- ♦ si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
 1. lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
 2. nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
 3. muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
 4. vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
- ♦ è affetta da morbo di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

2. GARANZIE ASSICURATE

Dal momento in cui l'Assicurato venisse a trovarsi nello stato di non autosufficienza, XXXXXXXX erogherà un indennizzo una tantum di € 6.500,00.

L'indennizzo è corrisposto al termine del differimento di 90 giorni, a condizione che l'Assicurato permanga in vita e perduri lo stato di non autosufficienza; diversamente vale quanto indicato al successivo punto 7.

3. PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale permanendo in vigore il rapporto di Dipendente e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- ♦ per i Dipendenti che risolvono il rapporto per quiescenza l'assicurazione vale fino al compimento del periodo assicurativo in corso;
- ♦ per i Dipendenti che risolvono il rapporto per altre cause la garanzia cessa con effetto immediato.

Il premio convenuto è comunque dovuto a XXXXXXXX e nessuna restituzione spetta al Contraente.

Non sono assicurabili le persone:

- ♦ affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate.
L'assicurazione cessa, nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile con il manifestarsi di una delle suddette malattie nel corso della validità della polizza e nessun indennizzo è dovuto da XXXXXXXX;
- ♦ che al momento della sottoscrizione del contratto non siano autosufficienti;
- ♦ che abbiano cessato l'attività a seguito del raggiungimento dei requisiti per il collocamento a riposo dal servizio secondo le vigenti leggi (personale in quiescenza).
In ogni caso qualora l'Assicurato, raggiunto il limite di età pensionabile, abbia optato per la prosecuzione dell'attività professionale a favore dell'Azienda, permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente assicurazione opera fino al compimento del 75° anno di età; le persone che raggiungono tale età in corso di contratto si intendono in copertura fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

I medesimi limiti si intendono operanti per i componenti del nucleo familiare.

L'eventuale incasso del premio, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà quindi restituito da XXXXXXXX.

4. ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- conseguenze di:
 - infortuni occorsi
 - malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione (o del successivo ingresso in copertura).
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di particelle atomiche;
- guerre ed insurrezioni;
- abuso di alcolici, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali.

5. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

A. L'Assicurato o chi per esso deve:

- ◆ dare avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Sede di XXXXXXXX, nel più breve tempo possibile;
- ◆ produrre tutta la documentazione medica in suo possesso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- ◆ sottoporsi anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da XXXXXXXX o da suoi incaricati;
- ◆ fornire alla stessa ogni informazione;
- ◆ fornire delega scritta a XXXXXXXX al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato;
- ◆ fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- ◆ in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico preciso comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive come il test M.M.S. di Folstein.

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste da XXXXXXXX sono a carico dell'Assicurato.

B. XXXXXXXX, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Entro tale periodo XXXXXXXX si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

6. CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO – RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il riconoscimento da parte di XXXXXXXX dello stato di non autosufficienza – come indicato al punto 6.B - dà diritto all'Assicurato a percepire l'indennizzo.

Il pagamento dell'indennizzo avviene al termine del differimento di 90 giorni a partire dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

XXXXXXX si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'Assicurato e di farlo esaminare da un medico. Può inoltre richiedere tutti i documenti che sono considerati necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

In caso di rifiuto dell'Assicurato a sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento dell'indennizzo non sarà pagato.

7. CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e XXXXXXXX, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dall'Assicurato e da XXXXXXXX e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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 sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SCHEMA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della polizza rimborso spese mediche n°

Contraente: C.A.S.S.A.
Via G. Sigieri, 14 - 20135 Milano
C.F.: 97534270018

Associato Fondazione Human Technopole
Viale Rita Levi-Montalcini, 1 - Area MIND – Cargo 6
20157 Milano
C.F. 97821360159

Durata del contratto: 2 anni (con facoltà di ripetizione per ulteriori 12 mesi)

Frazionamento: annuale

Effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2022

Rate intermedie al 31.12

Scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2024

Assicurati

- a) Categoria Dirigenti n. 35
- Nucleo NON iscritti FASI n. 21
 - Single NON iscritti FASI n. 11
 - Nucleo iscritti FASI n. 3

Opzioni

1. Forma completa
2. Forma integrativa FASI

Elementi per il conteggio del premio annuo lordo

Il premio annuo lordo dovuto per l'assicurazione è determinato in base all'opzione scelta e alla forma nucleo/single

Opzione completa	Premio lordo (euro)
Single n. 11	
Nucleo n. 21	

Opzione integrativa	Premio lordo (euro)
Single n. 0	
Nucleo n. 3	

In fase di aggiudicazione del rischio, alla Società aggiudicataria verranno comunicati i dati aggiornati per determinare il premio effettivo

La Società

Il Contraente