

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE
SPORT E SALUTE SPA / FSN /IL PARCO DEL FORO ITALICO DI ROMA / PRESIDENTI
FSN/ MEMBRI DELLA GIUNTA NAZIONALE CONI / CONINET / DSA / COMITATO
ITALIANO PARALIMPICO / FSN PARALIMPICHE

C.I.G.

LA PRESENTE POLIZZA E' STIPULATA TRA
COMPAGNIA

E



Largo Lauro De Bosis 15 00135 Roma

Effetto	30.06.2022
Scadenza	30.06.203

DEFINIZIONI

Ai fini della presente Polizza valgono le seguenti definizioni:

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.

Assicurato

I dipendenti ed i familiari del personale dipendente della Sport e Salute SPA, delle Federazioni Sportive Nazionali, del Parco Foro Italico, Presidenti delle FSN, Dipendenti Comitato Paraolimpico, Federazioni Sportive Nazionali Paralimpiche, Coninet, Discipline Associate Sportive che applicano il CCNL Sport e salute e/o FSN, Membri della Giunta Nazionale CONI, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Associato

Sport e Salute Spa, Largo Lauro de Bosis 15, 00135 Roma, associato al Contraente.

Contraente

Cassail soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)

Centro medico

Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeuti che di particolare complessità [esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

Convalescenza

Periodo dopo le dimissioni dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporaneo totale.

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 di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Degenza domiciliare

La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento

Prestazione Ospedaliera -il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o Il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

Prestazione Extra ospedaliera

Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

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 richieste di rimborso delle spese sanitarie per le prestazioni effettuate relative al ricovero stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

Infortunio/Rimborso

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 curativi e terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche e private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulata apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura

Ospedale, clinica a istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base a 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 o deputate alle lungodegenze (RSA).

Lettera d'impegno

Documento con cui l'assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Lungodegenza

Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malattia mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) Ricomprese nel capitolo V della Revisione della classificazione Internazionale delle Malattie (ICD- 10 dell'OMS).

Malformazione

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione delle polizza.

Massimale

L'importo stabilito nel contratto e negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/ dipendente per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Network

Rete convenzionata di, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.....it

Nucleo familiare

L'Assicurato ed ogni suo familiare discendente, il coniuge del dipendente, anche non fiscalmente a carico e non convivente purché non legalmente separato o divorziato., figli del dipendente fiscalmente a carico anche se non conviventi e figli del dipendente conviventi anche se non fiscalmente a carico. Il convivente "more uxorio" del dipendente, compresi i figli conviventi del convivente "more uxorio" e gli altri familiari del dipendente. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidatari.

Piano sanitario

La copertura sanitaria oggetto del presente contratto. Il documento che descrive e prova l'assicurazione.

Premio/Contributo

La somma dovuta dall' Associato al Contraente. I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Protesi ortopediche

Sostituzione artificiale le diparte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per Il paziente.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che 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

Compagnia di Assicurazioni

Struttura Sanitaria Convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Sub-massimale

La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo Familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di Laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente polizza dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per

prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e pediatria.

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art 1) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio. Buona fede.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893, 1894 C.C.). Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente/Assicurato.

Art. 2) Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dal Contraente o dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.). Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art. 3) Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, prescindendo dal pagamento della prima rata di perfezionamento del contratto. Il pagamento del premio di polizza dovrà comunque avvenire entro il 60° giorno successivo alla data di effetto della polizza.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'impresa od al broker di assicurazioni che gestisce la presente assicurazione.

Ai sensi dell'art 48 del DPR 602/1973 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, la Società dà atto che:

- L'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F del 18/01/2008 n 40 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art 3 del Decreto citato e s.m.i;
- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agenzia di riscossione ai sensi dell'art 72 bis del DPR 602/1973 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni costituisce adempimento ai fini del pagamento del premio nei confronti della società stessa.
- I termini per il pagamento del premio di cui ai primi due commi del presente articolo, si intendono aumentati di ulteriori giorni 30 o del maggior termine previsto qualora il termine di sospensione previsto ai sensi del D.M.E.F del 18/01/2008 n 40 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, risulti ancora operativo al compimento del sessantesimo giorno dalla data di effetto della polizza o da ciascuna scadenza di rata.

Art. 4) Effetto dell'Assicurazione e durata del contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza della polizza e scadrà alle ore del 30.06.2023. E' facoltà del Contraente, alla naturale scadenza del 30.06.2023, richiedere alla Società la proroga del contratto fino al completo espletamento delle procedure

di aggiudicazione di nuova polizza e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga che dovrà essere concessa alle condizioni economiche e normative vigenti all'atto della richiesta. La Società non potrà rifiutare tale proroga .

Art. 5) Modifiche all'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 6) Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento di rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

Art. 7) Diminuzione del rischio

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o dei valori la Società è tenuta a ridurre con effetto immediato il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, immediatamente, oppure in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio a scelta dell'Assicurato.

Art. 8) Disdetta- recesso - in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, l'Impresa ed il Contraente possono recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente.

In entrambi i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagato e non goduto, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 9) Coassicurazione e delega

Qualora risulti dalla polizza che l'Assicurazione è divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di inadempienza di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il pagamento dei premi viene effettuato dal Contraente per il tramite del Broker e tale procedura è accettata dalla Società Delegataria per la propria quota e dalla medesima anche per le quote delle coassicuratrici. Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

Art. 10) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 11) Foro competente

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale dell'Assicurato.

Art. 12) Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 13) Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di autorizzare il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 14) Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art. 15) Estensione territoriale

L'Assicurazione si estende ai sinistri che insorgono nel mondo intero.

Art. 16) Clausola broker

Alla Società di Brokeraggio MAG SPA Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma - é affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker), ai sensi del D. lgs 07.09.2005 N. 209 e successivi modificazioni e integrazioni.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e/o Assicurato dal broker il quale tratterà con gli Assicuratori.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal broker nel nome e per conto del Contraente e/o Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente e/o Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o Assicurato al broker si intenderà come fatta agli Assicuratori. Farà fede, ai fini dell'efficacia della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale del broker agli Assicuratori. Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al broker (su conto separato e dedicato di cui all'art. 117 del d.lgs. 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto), che provvederà al versamento agli Assicuratori. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento effettuato dal Contraente al broker.

Il broker sarà remunerato dagli Assicuratori aggiudicatari dell'appalto.

Le Compagnie aggiudicatrici dovranno pertanto rilasciare, ove mancante, lettera di libera collaborazione a MAG SPA ai sensi e per gli effetti dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni, e dei commi 1) e 3) dell'articolo 55 - Regolamento ISVAP n. 5 DEL 16.10.2006 e successive modifiche ed integrazioni. La misura del compenso provvigionale, a carico della Compagnia Assicuratrice, è pari al 3%.

Art. 17) Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire alle scadenze annuali al Contraente per il tramite del broker incaricato, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva;
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti (con indicazione delle motivazione a riguardo).

Le parti danno atto che la disposizione di cui sopra è essenziale per la corretta esecuzione delle obbligazioni di polizza, essendo espressamente prevista nel reciproco interesse di una ordinata ed efficace gestione dei sinistri e nell'ottica di un'adeguata e puntuale verifica dell'andamento della sinistrosità.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

L'impresa è obbligata a trasmettere il dettaglio dei sinistri come suindicato entro 30 giorni dalla scadenza di ciascuna annualità assicurativa.

Art. 18) Ispezione delle cose assicurate

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Art. 19) Forma delle comunicazioni dei Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telex o simili) indirizzata alla Società.

Art. 20) Rinvio alle norme di legge

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

Art. 21) Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente, la Società e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente.

Il Contraente, la Società e il Broker, e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Art. 22) Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda (il diritto si fonda art. 2952 del codice civile).

Art. 23) Disposizioni finali

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 24 PREMESSA

L'assicurazione vale per i dipendenti e i familiari – quest'ultimi solo in caso di adesione volontaria ed autonoma da parte del dipendente - del personale dipendente del Coni, Sport e Salute Spa, Federazioni Sportive Nazionali, Presidenti FSN, Membri del Consiglio Nazionale del Coni, Dipendenti del Comitato Italiano Paraolimpico, Il Parco del Foro Italico, Coninet, FSN Paralimpiche, Discipline Sportive Associate che adottano il CCNL Sport e salute /FSN.

Art. 25 LIMITI DI ETA' - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale sino al compimento dell'80° anno di età.

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

L'assicurazione cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per le persone che raggiungono l'80° anno di età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

Art. 26 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 27 PAGAMENTO DEL PREMIO -DECORRENZA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Società cui è assegnato il contratto, alle rispettive scadenze e per tutta la durata dello stesso, i premi stabiliti.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza anche in assenza di pagamento del premio, in deroga all'art. 1901 c.c. Se entro 45 giorni da tale data il premio non viene corrisposto, l'assicurazione resta sospesa sino alle ore 24.00 del giorno di effettivo pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 60 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della Polizza, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 28 VARIAZIONI NUOVE PERSONE ASSICURATE E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Le variazioni nelle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24.00 del giorno della nuova assunzione e/o ripresa del servizio da periodo di aspettativa e/o rientro di personale distaccato e/o ripresa di servizio da ogni altra tipologia di interruzione temporanea dal servizio, purché ne venga data comunicazione alla Società;

L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Si prende atto l'inclusione nelle assistenze si intendono valide dalle ore 24.00 del giorno di ripresa del servizio

In caso di eventuale discordanza o ritardi con la comunicazione, faranno fede i libri amministrativi dell'ente assicurato. L'assicurazione ha termine in caso di:

- a) Cessazione del rapporto di lavoro / interruzione temporanea di servizio (a titolo

esemplificativo aspettativa / distacco etc..) . Il tal caso l'operatività della copertura assicurativa resta valida fino alla prima scadenza annuale successiva ed in tal caso non è dovuto alcun rimborso di premio. E' facoltà della Contraente di richiedere per iscritto all'Impresa, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro, l'interruzione della copertura assicurativa del dipendente uscente dal primo giorno del mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro. In tal caso è prevista la restituzione del premio pagato e non goduto, imposte escluse.

b) Decesso dell'assistito.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al precedente punto il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia è pari:

- Al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- Al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

Art. 29 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora Il Sinistro sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 30 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia del sinistro deve essere presentata per iscritto alla Società entro 90 giorni dal ricovero o dal momento dell'evento dannoso e comunque non oltre li trentesimo giorno dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia o la natura e il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 31 DETERMINAZIONE DELL'ANNUALITA' ASSICURATIVA DI COMPETENZA

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro avviene con il seguente criterio:

- In caso di ricovero, Day-hospital e di corresponsione dell'Indennità sostitutiva, la data del sinistro coincide con quella dell'entrata dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie collegate al ricovero.
- Per le garanzie Fuori Ricovero la data del sinistro corrisponde alla data della documentazione di spesa.

Art. 32 LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La Società, al termine del ricovero o a cure ultimate, compiuti gli accertamenti del caso, rimborsa entro il limite della somma assicurata, le spese sanitarie effettivamente sostenute e corrisponde le indennità giornaliere pattuite.

Ai fini del computo dei giorni di ricovero si tiene conto del numero dei pernottamenti. Devono essere presentate alla Società le notule di spesa in originale o in copia, eventuale copia della cartella clinica completa e della documentazione medica, inviandola per posta al Contraente o a mezzo portale, web inserendo la richiesta di rimborso on line (con accesso riservato ad area dedicata mediante richiesta credenziali tramite il medesimo portale); nel caso sia intervenuto l'Ente di assistenza sanitaria sociale e/o a altra polizza d'assicurazione privata, le notule di spesa devono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dall'Ente stesso e/o documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra polizza. Gli originali delle notule di spesa sono acquisiti dalla Società. Peraltro, se il rimborso delle spese documentate è effettuato dalla Società soltanto parzialmente, questa restituisce i predetti originali previa apposizione della data del pagamento e del relativo importo rimborsato.

Art. 33 DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

Tutte le controversie che dovessero insorgere nell'ambito del presente contratto, anche in relazione all'interpretazione, esecuzione, risoluzione validità ed esistenza del contratto o, comunque, a questo connesse, è devoluta alla competenza esclusiva del Foro di Roma, rimanendo esclusa la competenza arbitrale.

Art. 34 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente non è tenuto a denunciare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze riguardanti prestazioni analoghe per le stesse persone assicurate con il presente contratto.

Art. 35 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato sono tenuti hanno efficacia solo se fatte a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento ovvero a mezzo telefax indirizzato alla Sede della Società o all'agenzia alla quale è assegnato Il contratto.

Art. 36 ONERI FISCALI E SPESE CONTRATTUALI

Posto che sono a carico della Società le spese di bollo, gli oneri fiscali, le eventuali quote associative, le spese contrattuali, ad eccezione di quelli che fanno carico per legge all'Associato, le prestazioni della presente polizza non rientrano nel campo di applicazione dell'I.V.A., ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 633 del 1972 e s. m. e i.

Art. 37 ENTITA' DEL PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

I premi annui per il complesso delle prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- € (€ in lettere) per il solo dipendente;
- € **900,00** (€ novecento//00) per l'estensione volontaria al nucleo familiare del dipendente.
- € **700,00 integrativa volontaria Dirigente Single**
- € **1.500,00 integrativa volontaria Dirigente e proprio nucleo familiare**

Il premio è calcolato in via provvisoria su n. **3.000** dipendenti.

Nel caso in cui si riscontri un numero di iscritti maggiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dall'Associato entro 60 (sessanta) giorni.

Nel caso in cui si riscontri un numero di iscritti inferiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dalla Società entro 60 (sessanta) giorni dalla relativa comunicazione.

Per quanto riguarda gli inserimenti di nuovi iscritti in corso d'anno, a ogni comunicazione seguirà l'emissione del relativo atto di variazione da regolarsi sempre nei termini sopraindicati. La copertura per dipendente ed eventualmente per il nucleo familiare incluso avrà effetto, in forma rimborsuale, dalle ore 24.00 del giorno nel quale ha inizio la polizza.

Le prestazioni in forma diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la Società verranno erogate dal 40° giorno di decorrenza della polizza.

Art . 38) CLAUSOLA BROKER

Alla Società di Brokeraggio MAG SPA, Via delle Tre Madonne 12, 00197 Roma é affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker, ai sensi del D. lgs 07.09.2005 N. 209 e successivi modificazioni e integrazioni.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e/o Assicurato dal broker il quale tratterà con la Società.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal

broker nel nome e per conto del Contraente e/o Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente e/o Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o Assicurato al broker si intenderà come fatta alla Società.

Farà fede, ai fini dell'efficacia della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale del broker alla Società.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al broker (su conto separato e dedicato di cui all'art. 117 del d.lgs. 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto), che provvederà al versamento alla Società. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento effettuato dal Contraente al broker.

Il broker sarà remunerato dalla Società.

La Società pertanto rilascia, ove mancante, lettera di libera collaborazione a MAG JLT SPA ai sensi e per gli effetti dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni, e dei commi 1) e 3) dell'articolo 55 - Regolamento ISVAP n. 5 DEL 16.10.2006 e successive modifiche ed integrazioni.

La misura del compenso provvigionale a carico della Società è pari al 3%.

CONDIZIONI SPECIALI

Art. 39 OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura al 31/12/2012, nonché le malattie croniche e recidivanti. L'intervento della presente copertura dalla data di decorrenza delle prestazioni (*decorrenza polizza*) non è operante per le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati o curati antecedentemente alla data di decorrenza dell'assistenza per tutti gli Assicurati inseriti successivamente alla data di decorrenza della presente copertura (*decorrenza polizza*). In tal caso è subordinato anche ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- **270** giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia limitatamente a dette malattie, l'assistenza è prestata purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- **180** giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

Art. 40 ANTICIPI

Nel caso di avvenuto ricovero in istituto di cura è in facoltà dell'Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese preventivate in misura non superiore al 70% delle stesse, previo contestuale presentazione allo Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente lo necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a **€ 2.600,00**.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di speso, si procede al conguaglio attivo o passivo delle somme effettivamente versate o da versare.

Art. 41 DIARIA SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora le spese sanitarie da ricovero siano o totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altro Società di assicurazione, le prestazioni previste per i ricoveri si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità per ciascun giorno di ricovero di **€ 60,00** con il massimo di **180** giorni per anno assicurativo e

persona.

Art. 42 MASSIMALI A NUCLEO

Fra le Parti rimane stabilito che ciascuna delle somme pattuite per ogni garanzia è prestata quale disponibilità unica per il dipendente. Per l'intero nucleo familiare assicurato, escluso il dipendente, il massimale è prestato a nucleo e per ciascun anno assicurativo.

Art. 43 NEONATI

I neonati nel periodo di validità della polizza, sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e fino alle ore 24.00 del 30° giorno successivo.

Art. 44 DAY HOSPITAL

La Società rimborsa, nei limiti delle condizioni e dei capitali assicurati e previsti per i ricoveri, le spese sostenute in caso di degenza in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno. La presente garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di cui alla lettera A e B delle "Norme che regolano l'assicurazione sanitaria".

Art. 45 LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui alla presente copertura sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 100.000,00 anno/procapite, elevata a € 310.000,00 in caso di Grande Intervento Chirurgico (quale ricompreso nell'Allegato n.1) ed Euro 500.000,00 per Gravi eventi morbosi (da allegare definizione) – fermo restando quanto eventualmente previsto alle prestazioni di cui ai successivi articoli "Prestazioni".

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SANITARIA

Art. 46 PRESTAZIONI

La Società rimborsa in caso di:

- A. Ricovero con o senza intervento chirurgico in istituto di cura e/o in Ambulatorio, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio, malattia, parto cesareo o aborto terapeutico:**
- Accertamenti diagnostici compresi onorari medici e trattamenti fisioterapici, compreso il noleggio delle apparecchiature, trasporto all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere di urgenza, effettuati nei **120** giorni precedenti l'Intervento;
 - Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente anestesista, di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di Sala Operatoria e materiali di intervento;
 - Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicina ed esami post Intervento, durante il periodo di ricovero;
 - Rette di degenza con il limite di € **310,00** al giorno;
 - Trasporto dell'Assicurato in Italia con limite di € **1.550,00** con qualsiasi mezzo idoneo, Trasporto dell'Assicurato all'estero o dall'estero in Italia con limite di € **2.580,00** con qualsiasi mezzo idoneo;
- B. Nei 120 giorni precedenti il ricovero in Istituto di Cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di cura per:**
- Accertamenti diagnostici;
 - Prestazioni di laboratorio;
 - Onorari medici;
 - Trasporto all'Istituto di Cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o

intervento che abbiano carattere d'urgenza.

C. Nei 120 giorni successivi al ricovero in Istituto di cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate anche fuori dell'Istituto di cura o presso pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia o del parto cesareo o aborto terapeutico che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) per:

- Accertamenti diagnostici;
- Prestazioni di laboratorio;
- Onorari medici;
- Trattamenti chiroterapici, nonché di agopuntura ed elettroagopuntura, purché praticati da medici;
- Medicinali;
- Trattamenti medico chirurgici;
- Prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: trattamenti infermieristici, fisioterapici, rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

D. In caso di parto spontaneo comportante intervento chirurgico in regime privatistico (ivi compresa l'episiotomia) viene corrisposta la somma forfettaria di **€ 1.050,00**, escluso il parto cesareo. La garanzia è prestata senza applicazione dei gg pre e post evento.

E. Rette dell'accompagnatore, con il limite di **€ 100,00** giornalieri per anno assicurativo e per Assicurato;

F. Le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore nel caso di trapianti di organi o parti di essi. Per le donazioni da vivente sono comprese le prestazioni sanitarie durante il ricovero riferite al donatore. Sono altresì comprese le spese per il trasporto degli organi o di parti di essi con il limite di **€ 5.165,00**.

Art. 47 SCOPERTI E FRANCHIGIE

Il rimborso delle spese di cui al precedente Art. 39 "Prestazioni" prevede:

a) Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (sia struttura sanitaria che equipe medica)

1. Non viene applicato alcuno scoperto e franchigia.

b) Ricoveri effettuati non in convenzione diretta

1. Applicazione di uno **scoperto del 15% minimo € 1.500,00** per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento (compresi apparecchi protesici e terapici applicati durante l'intervento ecc..) assistenza medica infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami di laboratorio e di diagnostica riguardante il periodo di ricovero;

2. Applicazione di uno **scoperto del 10% minimo € 350,00** in caso di intervento ambulatoriale;

3. Applicazione di uno **scoperto del 15%** per gli onorari da corrispondere all'equipe medica, intesa come chirurgo, eventuali aiuti medici e paramedici, anestesia ed ogni altra figura professionale che presta la sua assistenza in sala operatoria (seppur individualmente convenzionati).

c) In caso di ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico (quale ricompreso nell'Allegato n.1) non viene applicato alcuno scoperto.

d) Ricoveri effettuati in regime misto:

1. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con ed effettuate da medici non convenzionati;

a. Grandi Interventi Chirurgici

- Le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate integralmente, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

b. Diverso da Grande Intervento Chirurgico

- Le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente alle strutture stesse senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.
- Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate nella misura dell'85%, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

Art. 48 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla precedente Art. 39 "Prestazioni" (relative al periodo di ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario nazionale, la Società corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. L'indennità sarà pari ad **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo dal giorno che comprende anche il pernottamento) per assicurato infermo, fino ad un massimo di **180** giorni per anno oltre al rimborso dell'eventuale ticket.

Tale indennità sarà ridotta ad **€ 25,00** giornaliera, oltre al rimborso dell'eventuale ticket, in caso di ricovero in regime di Day Hospital-.

Il rimborso del ticket e della diaria ospedaliera avverrà entro 3 giorni lavorativi dalla data di presentazione della richiesta di rimborso da parte del soggetto assicurato.

Art. 49 PRESTAZIONI INTEGRATIVE

- Cure dentarie (protesi comprese) rese necessarie a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso, nel limite assistenziale e con lo scoperto previsto per le prestazioni di cui al precedente **Art. 23** "Prestazioni";
- Assistenza medica, anche domiciliare, al neonato nei primi 30 giorni, con riferimento ai casi previsti al precedente Art. 23 "Prestazioni" e successivo Art. 50 "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali" al punto1;
- Assistenza medica e/o infermieristica, anche domiciliare, e/o farmacologica, nel limite assistenziale e con lo scoperto previsto per le spese indicate al successivo Art. 50 "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali" al punto1 per le patologie e prognosi sicuramente infausta e/o patologie che ai sensi della tabella pubblicata con decreto dal Ministero della Sanità del 24 febbraio 1992 comportino una invalidità fisica del 100%;
- Trasporto dell'assistito infermo e dell'accompagnatore in Italia e all'estero e/o viceversa fino al limite assistenziale di **€ 1.550,00** in Italia e di **€ 2.580,00** all'estero per ogni anno e soltanto per quanto previsto al precedente Art. 23 "Prestazioni".

Art. 50 PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La Società rimborsa con il limite assistenziale di:

- **€ 10.000,00** anno/procapite per le prestazioni di "Alta Specializzazione" (di cui al successivo punto 1);
- **€ 1.800,00** anno/procapite per il titolare ed **€ 1.800,00** anno/nucleo

escluso il titolare per le “prestazioni specialistiche” (di cui al successivo punto 2);

- € 500,00 anno procapite per il titolare ed Euro 500,00 per anno/nucleo escluso il titolare per le “cure odontoiatriche” (di cui al successivo punto 3);
- € 500,00 anno procapite per il titolare ed Euro 500,00 per anno/nucleo escluso il titolare anno/nucleo per le “cure oculistiche” (di cui al successivo punto 4).

Per l’attivazione di tali garanzie è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

1. Prestazioni di “Alta Specializzazione”

- Amniocentesi
- Angiografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Densitometria
- Diagnostica Radiologica
- Dialisi
- Doppler ed ecodoppler
- Ecografia
- ECG anche secondo holter
- Endoscopia dell’apparato digerente
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Holter
- Immunoterapia
- ionoforesiterapia
- Laserterapia
- Mammografia
- Magnoterapia
- Pet celebrale
- Radionefrogramma
- Radioterapia
- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- T.A.C.
- Telecuore
- Test ergometrico
- Villocentesi

Le spese di cui al presente punto 1 vengono accordate con l’applicazione di uno **scoperto del 15% minimo € 20,00** per ogni singola prestazione o ciclo di terapia in caso di utilizzo di strutture convenzionate, con uno **scoperto del 15% minimo € 45,00** per ogni accertamento o ciclo di terapia qualora l’Assistito si avvalga di strutture non convenzionate.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

Le prestazioni di cui sopra sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico-specialistica

attestante una diagnosi documentata ed accertata.

2. Prestazioni Specialistiche - Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche, quali:

- accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla malattia e/o all'infortunio denunciati;
- onorari dei medici per visite specialistiche comprese quelle omeopatiche, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- applicazione e rimozione di gesso e valve gessate;
- trattamenti fisioterapici e/o rieducativi compreso il noleggio delle apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici – verranno rimborsate sola a seguito di infortunio e solo se documentate da verbale di pronto soccorso ospedaliero cui si sia fatto immediato ricorso e comprovante l'avvenuto infortunio;
- cure termali prescritte dal medico curante (escluse le spese di natura alberghiera);
- agopuntura ed elettro agopuntura, purché praticata da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- psicoterapia effettuata sia da psichiatra che psicologo (purché laureato in medicina), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le prestazioni di cui al presente punto 2 sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate, le prestazioni di cui al presente punto 2 fino a € 300,00 sono rimborsabili senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia; invece le prestazioni di importo pari o superiore a € 301,00 sono rimborsabili con una franchigia fissa di € 20,00 per ogni singola prestazione

Qualora l'Assicurato si avvalga di strutture non convenzionate le prestazioni di cui al presente punto 2 sono rimborsabili con uno **scoperto del 15% minimo € 40,00** per ogni accertamento o ciclo di terapia.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

3. Prestazioni Aggiuntive – Cure odontoiatriche

La Società provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche conseguenti a malattia, quali:

- cure dentistiche;
- estrazioni;
- protesi dentarie;
- apparecchi ortodontici.

Le prestazioni di cui al presente punto 3 sono rimborsabili con una franchigia fissa di **€ 30,00** per ogni singola prestazione.

4. Prestazioni Aggiuntive – Cure oculistiche

La Società provvede al pagamento delle spese per cure oculistiche conseguenti a malattia, quali:

- cure oculistiche;
- applicazione di lenti a contatto;
- acquisto lenti per occhiali;

- interventi di correzione della miopia, senza limitazione in termini di differenziale della capacità visiva;
- apparecchi protesici.

Le prestazioni di cui al presente punto 4 sono rimborsabili con una franchigia fissa di **€ 30,00** per ogni singola prestazione.

Art. 51 CURE FISIOTERAPICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Le cure fisioterapiche verranno rimborsate solo a seguito di infortunio e solo se documentate da verbale del pronto soccorso ospedaliero cui si sia fatto immediato ricorso e comprovante l'avvenuto infortunio ed una **prognosi non inferiore ai 20 giorni**.

Art. 52 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI (ALLEGATO N.1)

52.1 Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di Grandi Interventi (per gli interventi contenuti nell'Allegato n.1, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

- a. Pre-ricovero: Esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.
- 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.
- c. Assistenza medica, medicinali, cure: Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- d. Rette di degenza: non sono comprese in garanzia le spese voluttarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 210,00** al giorno.
- e. Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di **€ 100,00** al giorno.
- f. Assistenza infermieristica privata individuale: Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 100,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.
- g. Post-ricovero: Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia 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.

- h. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a **20 (venti)** giorni: in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a **20 (venti)** giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di **€ 50,00** per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di **30** giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

52.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate 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, anche all'estero, ad un altro e di ritorno alla propria abitazione, con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero.

52.3 Trapianti

In caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 52.1 "Ricovero in istituto di cura" e 52.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie, nonché quelle per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

Art. 53 Pacchetto Maternità

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni di controllo in gravidanza:

- Ecografie di controllo, **da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;**
- Amniocentesi, **da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;**
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, **da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;**
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsì, a scelta dell'Assicurata, **sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con la Società.**

In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di **15** sedute per evento. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con la Società.

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.

Limitatamente alle visite specialistiche di controllo, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 1.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

CRITERI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Art. 54 ASSISTENZA DIRETTA

Le prestazioni di cui agli Artt. 39 "Prestazioni" (Ricovero con o senza intervento chirurgico) e 50 "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali" (spese extraospedaliere, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici) sono garantite nella forma dell'assistenza diretta, nei casi previsti dalle convenzioni con gli Istituti di Cura e con i medici, previa autorizzazione della Centrale Operativa.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle Strutture Sanitarie convenzionate e dell'Equipe Medica convenzionata, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

Per accedere al servizio di Assistenza Diretta, l'Assicurato deve seguire la procedura di Pre-attivazione come di seguito illustrata.

A. Scelta della struttura sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia:

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.....it oppure contattando la Struttura Operativa al numero (numero verde gratuito) accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

La Struttura Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica o chirurgica che seguirà il paziente assicurato risulti convenzionata.

In caso di chiamata dall'estero (numero non gratuito comprensivo di prefisso internazionale per l'Italia (+39)), il servizio è operativo 24 ore su 24.

B. Pre-attivazione:

Una volta identificata struttura ed equipe, l'Assicurato deve - almeno 24 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione (in caso di scelta Equipe medico/chirurgica non convenzionata l'attivazione presso la Centrale Operativa dovrà essere effettuata 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione, per permettere il convenzionamento ad hoc dell'equipe) - inviare alla Struttura Operativa al numero di fax o indirizzo email:it

Il "Modulo di pre-attivazione" compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

Il "Modulo di pre-attivazione" è disponibile sul sito www.....it la Struttura Operativa comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all' Assistenza Diretta entro tre giorni lavorativi dall'invio della richiesta di pre-attivazione.

C. Accettazione presso la struttura sanitaria:

Al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

per le prestazioni fuori ricovero l'Assicurato dovrà presentarsi presso il centro convenzionato munito di richiesta del proprio medico curante, indicante la prestazione da effettuare e la patologia sofferta.

L'Assicurato deve autorizzare per iscritto l'Istituto di Cura ad inviare alla Centrale Operativa tutta la documentazione sanitaria inerente il ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica.

L'Assicurato deve altresì consentire che la certificazione probatoria del costo della degenza, delle prestazioni sanitarie e degli onorari professionali relativi al ricovero (o alla prestazione sanitaria extra ricovero) sia trasmessa dall'Istituto di Cura alla Centrale Operativa affinché quest'ultima possa provvedere ad autorizzare la liquidazione diretta delle somme dovute.

Altri titoli di spesa, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di polizza dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione.

In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la Convenzione per il pagamento diretto da parte della Società delle spese di cura e ricovero, l'assicurazione sarà prestata in forma indiretta.

D. Assistenza "indiretta": ricorso a strutture o medici non convenzionati con

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con o non si sia concordato preventivamente con l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, l'Impresa effettua il rimborso all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture in originale e/o copia, pervenuta per il tramite cassa o portale Web. In caso di ricevimento parziale della documentazione medica, l'Impresa comunica all'Assicurato entro 20 giorni dal ricevimento l'avviso di documentazione incompleta e, se superati i 30 giorni dalla data della prima richiesta di rimborso, l'Impresa effettua la liquidazione entro 5 giorni dal ricevimento della documentazione integrativa mancante.

Art. 55 ASSISTENZA DIRETTA – RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso in cui, nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa oppure nel caso di prestazione fuori ricovero, si dovesse accertare la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinassero la inoperatività e/o l'inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assicurato, che dovrà restituire alla Società, entro e non oltre 15 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate all'Istituto di Cura o ad altro centro convenzionato o al professionista o all'Assicurato. In caso di mancata restituzione alla Società delle sopraindicate somme nel termine previsto di 15 giorni, la stessa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assicurato per ottenere la restituzione delle somme indebitamente liquidate.

Art. 56 PORTALE WEB DEDICATO PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO E HELP DESK

La Società mette a disposizione degli assistiti un portale web per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria, che consente, tra l'altro, di evitare l'utilizzo del supporto cartaceo.

Ciò in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza, anche in considerazione della particolare tipologia di dati trattati (dati sulla salute), il portale web garantisce:

- la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password, ecc.);
- la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese;
- la possibilità per gli assistiti di disporre di un elenco, anche su supporto cartaceo, delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Nel portale inoltre è presente un documento illustrativo sintetico delle condizioni di assistenza sanitaria per gli Assicurati. La Società garantisce un servizio di help desk, di cui potranno servirsi gli Assicurati per avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso o per risolvere eventuali problematiche inerenti l'utilizzo del portale. Il servizio è operativo 24h su 24h ed è fruibile attraverso i seguenti canali:

- numero verde gestito da call center dedicato;
- indirizzo mail dedicato.

Si precisa che i tempi di attesa risposta del Call center dedicato devono essere obbligatoriamente inferiori a 5 minuti. I tempi di risposta a mezzo email un giorno lavorativo.

La Società mette a disposizione degli assistiti un APP le cui principali funzionalità sono le seguenti:

- prenotare visite ed esami presso le strutture sanitarie convenzionate: è possibile chiedere alla Società di prenotare per conto dell'assicurato oppure, l'assicurato può prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria e lo comunica alla Società;
- visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso;
- consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. E' possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da dalla Società;
- ricevere notifiche in tempo reale con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso.

LIMITAZIONI

Art. 57 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 58 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto – salvo per i neonati fino a 30 giorni dalla nascita;
2. la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici – salvo per i casi previsti all' Art. 49 "Prestazioni integrative" e all'Art. 50 "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali" al punto 3;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti secondo quanto previsto dall'art. 39 " Operatività delle Garanzie ");
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alla relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

Art. 59 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi artt. 59.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", 59.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 59.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale". Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate al punto 59.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

59.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste agli artt. 59.2 "Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società" e 59.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

59.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia
- presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

*Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della

documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra, in 7 giorni naturali e consecutivi. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

59.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate agli artt. 59.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" e 59.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

59.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 7 giorni (naturali e consecutivi) dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta, ad es. denuncia dei redditi). Si precisa che il termine suddetto è ridotto a 3 giorni in caso di rimborso dei ticket e di corresponsione dell'indennità ospedaliera indicata all'art. 48 "Servizio Sanitario Nazionale", fatto salvo quanto disciplinato all'Art. 54 "Assistenza diretta" alla lettera D.

59.5 Gestione documentazione di spesa

A. Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura all'Assicurato.

B. Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvederà all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel

corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 60 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 61 ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Associato alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

**MODALITA' DI ESTENSIONE VOLONTARIA
AL NUCLEO FAMILIARE DEL DIPENDENTE**

Art. 62 TERMINI DI ESTENSIONE VOLONTARIA GARANZIE AL NUCLEO FAMILIARE DEL DIPENDENTE

Il dipendente che vorrà estendere il piano sanitario al proprio nucleo familiare potrà farlo attraverso la procedura indicata dalla Società di Brokeraggio MAG SPA entro e non oltre il 31.07.2022.

Oltre il 31.07.2022 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti al 30.06.2022 (*data di effetto della copertura assicurativa*) all'interno del nucleo familiare assicurato, fatto salvo quanto eventualmente previsto ai successivi punti 62.1 e 62.2.

62.1 Inclusioni di familiari per variazioni dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 40 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

62.2 Inserimento familiari di nuovi dipendenti in data successive all'effetto di polizza

Le inclusioni di familiari di nuovi dipendenti/ rientri da interruzioni temporanee di servizio (a titolo esemplificativo aspettative / distacco etc) in data successive a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni e/o rientri come sopra specificato. La garanzia per il dipendente ed i familiari indicati, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 40 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione della Società.

Qualora il dipendente intenda inserire il nucleo familiare, dovrà includerlo nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirlo successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo.

Art. 63 PAGAMENTO DEL PREMIO INTEGRATIVO AD ADESIONE VOLONTARIA ED AUTONOMA

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

Art. 64 OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati al 31.12.2015 in copertura nonché le malattie croniche e recidivanti. L'intervento della presente copertura dalla data di decorrenza delle prestazioni (*data decorrenza contratto*) non è operante per le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati o curati antecedentemente alla data di decorrenza dell'assistenza per tutti gli Assicurati inseriti successivamente alla data di decorrenza della presente copertura (*data decorrenza contratto*). In tal caso è subordinato anche ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia limitatamente a dette malattie, l'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

L'assicurazione ha termine in caso di:

- a) Cessazione del rapporto di lavoro / interruzioni temporanee di servizio (a titolo esemplificativo aspettativa / distacco etc..) . Il tal caso l'operatività della copertura assicurativa resta valida fino alla prima scadenza annuale successiva ed in tal caso non è dovuto alcun rimborso di premio. Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di richiesta alla compagnia, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro, dell'interruzione della copertura assicurativa del dipendente uscente dal primo giorno del mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro, in tal caso è prevista anche l'interruzione della copertura assicurativa del nucleo familiare con la restituzione del premio pagato e non goduto, imposte escluse.

<p style="text-align: center;">MODALITA' DI INTEGRATIVA VOLONTARIA</p> <p style="text-align: center;">DIRIGENTE E PROPRIO NUCLEO FAMILIARE</p>
--

Art. 65 TERMINI DI INTEGRATIVA VOLONTARIA GARANZIE DIRIGENTE

Il Dirigente che vorrà integrare il piano sanitario come indicato all'art. 44 potrà farlo attraverso la procedura indicata dalla Società di Brokeraggio MAG SPA entro e non oltre il 31.07.2022. Oltre il 31.07.2022 non potranno più verificarsi richieste per i già presenti al 30.06.2022 (data di effetto della copertura assicurativa), fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 65.1.

65.1 Integrativa nuovi Dirigenti in data successive all'effetto di polizza

Le richieste di integrazione volontaria dei nuovi dirigenti in data successive a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 40 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione della Società.

L'estensione verrà effettuata mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo.

Art. 66 PAGAMENTO DEL PREMIO INTEGRATIVO AD ADESIONE VOLONTARIA ED AUTONOMA

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

Art. 67 OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati al 31.12.2015 in copertura nonché le malattie croniche e recidivanti. L'intervento della presente copertura dalla data di decorrenza delle prestazioni (*decorrenza del contratto*) non è operante per le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici diagnosticati o curati antecedentemente alla data di decorrenza dell'assistenza per tutti gli Assicurati inseriti successivamente alla data di decorrenza della presente copertura (*decorrenza del contratto*). In tal caso è subordinato anche ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia limitatamente a dette malattie, l'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

L'assicurazione ha termine in caso di:

- b) Cessazione del rapporto di lavoro / interruzioni temporanee di servizio (a titolo esemplificativo aspettativa / distacco etc..) . Il tal caso l'operatività della copertura assicurativa resta valida fino alla prima scadenza annuale successiva ed in tal caso non è dovuto alcun rimborso di premio. Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di richiesta alla compagnia, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di

lavoro, dell'interruzione della copertura assicurativa del Dirigente uscente dal primo giorno del mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro, in tal caso è prevista anche l'interruzione della copertura assicurativa del nucleo familiare se presente con la restituzione del premio pagato e non goduto, imposte escluse.

Art. 68 Massimali /somme assicurate, scoperti e franchigie

Si riportano di seguito massimali/ somme assicurate scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. I massimali e gli scoperti / franchigie si intendono validi solo per il dipendente / dirigente assicurato.

Prestazione	Capitolato tecnico 2021/2024	OPZIONE INTEGRATIVA DIRIGENTE
Ricovero con/senza intervento chirurgico	Euro 100.000,00	Euro 150.000,00
Pre e post ricovero	120 gg	120gg
ExtraOspedaliere Alta diagnostica Visite specialistiche	Euro 10.000,00 Euro 1.800,00 procapite per il titolare ed € 1.800,00 anno/nucleo escluso il titolare per le "prestazioni specialistiche"	Euro 10.000,00 Euro 2.000,00 procapite per il titolare ed € 2.000,00 anno/nucleo escluso il titolare per le "prestazioni specialistiche"
Retta di degenza	Euro 310 al giorno	Euro 400 al giorno
Pacchetto Maternità	Euro 1.500,00 (non compreso nel massimale di € 1.800,00 delle Visite specialistiche e di € 10.000,00 dell' Alta diagnostica e senza nei limiti dei pre e post 120 gg)	Euro 2.000,00 (non compreso nel massimale delle extraospedaliere)
Scoperti e franchigie Sezione Ricovero 1. Ricovero forma diretta 2. Ricovero in forma indiretta 3. Intervento ambulatoriale 4. Equipe medica non convenzionata 5. Ricoveri in forma mista	1. Nessun scoperto e/o franchigia 2. Scoperto 15% minimo Euro 1.500,00 3. Scoperto 10% minimo Euro 350,00 4. Scoperto 15% 5. Grandi interventi chirurgici nessuno scop e franchigie diverso da Grande Intervento struttura sanitaria convenzionata Regime Diretto senza scop e franchigie / Equipe medica rimborso 85%	1. Nessun scoperto e/o franchigia 2. Nessuno scoperto e/o franchigie 3. Nessuno scoperto e/o franchigie 4. Nessuno scoperto e/o franchigie 5. Nessun scoperto e/o franchigie

Sezione Extraospedaliere 1. Alta diagnostica 2. Visite specialistiche	1. Scoperto 10% minimo Euro 20,00 strutture convenzionate Scoperto 15% minimo Euro 45,00 strutture non convenzionate 2. Franchigia Euro 20,00 strutture convenzionate Scoperto 15% minimo Euro 40,00 strutture non convenzionate 3. ciclo di terapia in strutture convenzionate franchigia Euro 20,00 per ciclo di terapia / strutture non convenzionate scop. 15% minimo Euro 40,00 per ciclo di terapia.	1. Nessuno scoperto e/o franchigie 2. Nessuno scoperto e/o franchigie 3. Nessuno scoperto e/o franchigie
Indennità sostitutiva SSN	Euro 60 al giorno per massimo 180 gg	1. Ricovero con intervento Euro 100 al giorno max 50 gg 2. Ricovero senza intervento Euro 100 al giorno per un massimo di 50 gg Fr.fissa 2 gg
Fecondazione artificiale	Non prevista	Non prevista
Gravi Eventi morbosi	Euro 500.000,00	Euro 500.000,00
Regime misto	In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici non convenzionati : - le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura sanitaria vengono liquidate alla struttura stessa senza applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto; - le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica) vengono rimborsate integralmente all'iscritto	In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici non convenzionati : - le spese relative alle competenze fatturate dalla struttura sanitaria vengono liquidate alla struttura stessa senza applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto; - le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata (onorari fatturati dall'equipe medica) vengono rimborsate integralmente all'iscritto
Visite specialistiche extraricovero condizione particolare	Prestazioni in regime diretto fino a Euro 300,00 senza applicazione di scoperto/ franchigia. Da Euro 301,00 e fino alla concorrenza della somma assicurata di Euro 1.800,00 si applica la franchigia prevista contrattualmente.	INVARIATO
Cure Odontoiatriche	Rimborso fino alla concorrenza di Euro 500,00 anno procapite per il titolare ed Euro 500,00 per anno/nucleo escluso il titolare per le “cure odontoiatriche” con applicazione di franchigia pari a Euro 30,00 per prestazione a seguito di malattia per: cure dentistiche, estrazioni, protesi dentarie, apparecchi ortodontici.	Euro 700,00 rimborso 100% anno procapite per il titolare ed Euro 700,00 per anno/nucleo escluso il titolare per le “cure odontoiatriche”

Cure dentarie da infortunio	Nei limiti del massimale e delle condizioni di erogazione previste dalla garanzia ricovero	Nei limiti del massimale e delle condizioni di erogazione previste dalla garanzia ricovero
Medicinali non mutuabili	Non presente	Euro 700 rimborso 100%
Spese Apparecchi acustici	Non presente	Euro 1.000 rimborso 100%
Cure Oculistiche	Rimborso fino alla concorrenza di Euro 500,00 anno procapite per il titolare ed Euro 500,00 per anno/nucleo escluso il titolare anno/nucleo per le “cure oculistiche” con applicazione di scop. 20% minimo Euro 30,00 per lenti a contatto, acquisto lenti per occhiali, interventi di correzione della miopia senza limitazioni in termini di differenziale della capacità visiva, apparecchi protesici.	Euro 700,00 rimborso 100% per il titolare ed Euro 700,00 per anno/nucleo escluso il titolare anno/nucleo per le “cure oculistiche”