

Piano Sanitario
DIPENDENTI
C.O.N.I. SERVIZI S.p.A.

DEFINIZIONI

- **CONTRAENTE**: il soggetto, persona fisica o giuridica, con cui è stipulato il contratto;
- **SOCIETA'**: la Società con la quale è stipulato il contratto;
- **ASSICURATO**: la persona a cui favore è prestata l'Assicurazione;
- **ASSICURAZIONE**: il contratto assicurativo per il rimborso delle spese sanitarie per il personale del CONI SERVIZI SPA;
- **POLIZZA**: il documento che comprova l'Assicurazione;
- **INFORTUNIO**: ogni evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che causi lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- **MALATTIA**: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **PREMIO**: la somma dovuta dal contraente e/o dall'Assicurato alla Società;
- **SCHEDA DI ADESIONE**: modello da compilare per includere nella copertura assicurativa le persone di cui all'art.1 comma 2, punti 1 e 2;
- **QUESTIONARIO SANITARIO**: modello predisposto concordemente con la Società e l'Ufficio Medico Legale del CONI da compilare per includere nella copertura assicurativa le persone di cui all'art.1, comma 2, punto 2 del contratto;
- **ISTITUTO DI CURA**: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- **RICOVERO OSPEDALIERO**: degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento;
- **DAY HOSPITAL**: degenza in istituto di cura senza pernottamento;
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**: assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo;
- **INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**: l'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, comportante o meno sutura, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia;
- **VISITA SPECIALISTICA**: la visita effettuata da medico fornito di specializzazione, ivi compresa la visita medico legale e l'eventuale relazione medico legale;
- **GESSATURA**: mezzo rigido di contenzione costituito da fasce gessate, comprese le valve gessate o altri tutori immobilizzanti (tutori bivalve, tutori con fasce, colla di zinco e similari); i metodi di contenzione tipo F.E.A. (fissatore esterno assiale) sono da considerarsi gessature. Sono esclusi soltanto i bendaggi elastici (tipo Tensoplast);
- **SCOPERTO**: l'importo che rimane a carico dell'Assicurato per ogni evento;
- **FRANCHIGIA**: l'importo che rimane a carico dell'Assicurato per evento;
- **USO NON TERAPEUTICO**: utilizzo di sostanze (psicofarmaci e stupefacenti) non assunti a scopo terapeutico, salvo i casi in cui tale terapeutica faccia seguito ad assuefazione per assunzione terapeutica;
- **DOCUMENTAZIONE MEDICA**: cartelle cliniche, certificati medici, referti di accertamenti clinico - strumentali, relazioni medico - legali, radiogrammi;
- **REGOLAMENTO DI DENUNCIA DI MALATTIA E/O INFORTUNIO E DI PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**: procedure che l'Assicurato deve seguire per inoltrare la denuncia di malattia e/o infortunio e per presentare la relativa documentazione medica, predisposte concordemente con la Società;
- **NUCLEO FAMILIARE**: l'insieme delle persone risultante dallo Stato di Famiglia;

ART. 1 – OGGETTO DEL CONTRATTO

Il contratto riguarda l'assicurazione per il rimborso delle spese mediche a favore del personale dipendente del CONI SERVIZI S.p.A., con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o con contratto pluriennale di lavoro subordinato, prescindendo dall'età e dalle condizioni fisiche degli stessi.

E' altresì prevista la copertura assicurativa per le seguenti persone, previo pagamento del relativo premio:

1.

- a) **il coniuge del dipendente, anche non fiscalmente a carico e non convivente purché non legalmente separato o divorziato;**
- b) **i figli del dipendente, fiscalmente a carico anche se non conviventi e i figli del dipendente conviventi anche se non fiscalmente a carico;**
- c) **il convivente “more uxorio” del dipendente;**

2. **gli altri familiari del dipendente;**

- Per le persone di cui al precedente *punto 1 lettere a),b) e c)* la copertura assicurativa sarà concessa prescindendo dall'età e dalle condizioni fisiche degli interessati, a seguito di formale richiesta da formulare **entro 120 giorni** dalla data di ingresso in polizza del dipendente CONI SERVIZI SPA corredata dall'allegata **“scheda di adesione”** e dal versamento del premio individuale (mediante assegno bancario o bonifico bancario).
- Per le persone di cui al *punto 2* la copertura assicurativa avverrà a seguito di formale richiesta corredata dalla **scheda di adesione** e dal **questionario** sanitario debitamente compilato e sottoscritto ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile, che verrà sottoposto ai Medici Fiduciari della Società assicuratrice prima della stipulazione del contratto. In caso di disaccordo sulle valutazioni, intese come limitazioni ed esclusioni, il questionario sarà definito dal collegio arbitrale di cui al successivo art.13, comma 2°.

L'impresa assicuratrice comunicherà **entro 15 giorni** l'accettazione della domanda, assegnando all'interessato il termine non inferiore a 15 giorni per il versamento del premio individuale (mediante assegno, bonifico bancario o tramite ritenute mensili sulla retribuzione del dipendente o sul trattamento pensionistico).

Nel caso in cui la Società ritenga, in relazione a quanto risultante dal questionario sanitario, di non poter accettare la domanda o di dover porre delle limitazioni alla copertura assicurativa, sarà tenuta a motivare la decisione in relazione ai fattori di aggravamento de rischio.

Gli Assicurati potranno estendere l'adesione ad eventuali nuovi componenti il nucleo familiare (es. matrimonio, altri figli) a seguito di formale richiesta da formulare **entro 120 giorni** dalla data di variazione della composizione del nucleo anche se intervenuta dopo i primi 4 mesi dalla data di inizio della polizza.

La copertura assicurativa per le persone indicate al precedente comma 2°, punto 2 avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio.

L'assicurazione sarà prestata indipendentemente e ad integrazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli Assicurati sono esonerati dall'indicazione dell'esistenza di altre forme assicurative in corso a loro favore.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE

L'impresa assicuratrice rimborserà fino alla concorrenza delle somme assicurate le spese sostenute per:

A) **ricovero** in Istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital) 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; sono considerati interventi anche l'amniocentesi, la laparoscopia, la litotripsia per calcolosi.

B) **le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche non connesse al ricovero o a Day Hospital:**

- tutti i tipi di diagnostica radiologica, compresa T.A.C. e Risonanza Magnetica, nonché diagnostica ecografica,
- cartografia e angiografia digitale
- angiografia
- broncoscopia
- chemioterapia
- cobaltoterapia
- coronografia
- endoscopia dell'apparato digerente
- dialisi
- doppler ed ecodoppler
- elettroencefalografia
- ECG anche secondo holter
- monitoraggio pressione arteriosa (holter)
- immunoterapia
- mammografia
- pet cerebrale
- radionefrogramma
- radioterapia
- scintigrafia
- telecuore
- villocentesi
- test ergometrico
- densitometria
- laserterapia
- ultrasuonoterapia
- kinesiaterapia
- ionoforesiterapia
- massoterapia terapeutica
- magnetoterapia
- agopuntura effettuata da medico
- applicazione e rimozione di gesso e valve gessate
- acquisto, applicazione e rimozione apparecchi comportanti immobilizzazione di una o più articolazioni (tutori bivalve, tutori con fasce, colla di zinco, F.E.A (fissatore esterno assiale) e similari; sono esclusi soltanto i bendaggi elastici (tipo Tensoplast).

C)

- **cure dentarie (protesi comprese)** rese necessarie a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso, nel limite del massimale e con lo scoperto previsto per le prestazioni sub lett. A);
- **assistenza medica**, anche domiciliare, al neonato nei primi 30 giorni, con riferimento ai casi previsti al punto A) e B)
- **assistenza medica e/o infermieristica**, anche domiciliare, e/o farmacologica, nei limite del massimale e con lo scoperto previsto per le spese indicate al precedente art. 2, lett. B), 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'Assicurato** e dell'accompagnatore in Italia e all'estero e/o viceversa fino al massimo di **Euro 1.550,00 in Italia e Euro 2.580,00 all'estero** per ogni anno assicurativo e soltanto per quanto previsto al punto A) dello stesso articolo.

D) visite specialistiche, comprese quelle omeopatiche e psicologiche (psicoterapia effettuata sia da psichiatra che da psicologo purché laureato in medicina) analisi ed esami diagnostici eseguite fuori ricovero escluse:

- visite ortodontiche ed odontoiatriche;
- prestazioni sanitarie e specialistiche già comprese al punto B)

La garanzia prestata per i casi indicati alla precedente *lettera A)*, in regime privatistico comprende:

1) - 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

2) - **durante il ricovero** in Istituto di Cura (anche per il neonato) le spese per:

- onorari dei medici e/o chirurghi
- rette di degenza fino alla concorrenza massima di **Euro 310,00** giornaliera
- accertamenti diagnostici
- medicinali
- cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi
- assistenza medica e infermieristica
- rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore fino alla concorrenza massima di **Euro 78,00** giornaliera, per un massimo di **30 giorni**

3) – in caso di **intervento chirurgico** (anche in ambulatorio o pronto soccorso), le spese per:

- onorari dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti, dei medici e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento
- diritti di sala operatoria
- materiale di intervento, compresi endoprotesi e pace-maker applicati durante l'intervento

4) – nei **120 giorni dopo** la cessazione del ricovero in Istituto di cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un 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) le spese, effettuate anche fuori dall'Istituto di cura, per:

- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- prestazioni di laboratorio
- trattamenti medico chirurgici, infermieristici, fisioterapici, rieducativi
- trattamenti chiroterapici, nonché di agopuntura ed elettroagopuntura, purché praticati da medici
- medicinali
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera)

ART. 3 – SOMME ASSICURATE E SCOPERTI

Per le spese indicate al precedente art. 2, lett. A) la somma massima assicurata per anno assicurativo e per persona è stabilita in **Euro 52.000,00**

Nel caso di **strutture non convenzionate con Società** le spese sostenute vengono rimborsate con i seguenti scoperti:

- in caso di ricovero in Istituto di Cura, per i diritti di sala operatoria, materiale di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento ecc.), assistenza medica infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami di laboratorio e di diagnostica riguardanti il periodo di ricovero: scoperto **15%** con il minimo di **Euro 1.500,00**;
- gli onorari da corrispondere all'equipe medica, intesa come chirurgo, eventuali aiuti medici e paramedici, anestesisti e ogni altra figura professionale che presta la sua assistenza in sala operatoria, seppur individualmente convenzionati con la Società: scoperto **15%**;
- in caso di intervento ambulatoriale: scoperto **10%** con il minimo di **Euro 300,00**.

- Nel caso in cui l'Assicurato subisca un intervento chirurgico rientrante tra quelli definiti "**grandi interventi chirurgici**", le garanzie sopra indicate per le prestazioni comprese nel precedente art. 2, lett. A) sono modificate come segue:

- somma assicurata **Euro 310.000,00**;
- retta dell'accompagnatore fino alla concorrenza massima di **Euro 130,00**;
- nessuno scoperto.

Ai fini della presente polizza si intendono "**grandi interventi chirurgici**" quelli indicati nell'unito **allegato 1** al presente contratto, di cui costituisce parte integrante, fatte salve le integrazioni che dovessero essere successivamente apportate alla Tariffa Nazionale dell'Ordine dei Medici di cui al D.P.R. 28/12/1965 N. 1763.

Nel caso di "*grande intervento chirurgico*" la garanzia viene inoltre estesa alla copertura di tutte le prestazioni relative al ricovero del donatore per il prelievo degli organi o di parte di essi.

Per le spese indicate al precedente **art. 2), lett. B) (prestazioni sanitarie e specialistiche non connesse al ricovero o a Day Hospital)** la somma massima assicurata per anno assicurativo e per persona è stabilito in **Euro 8.000,00**.

- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di **strutture sanitarie non convenzionate con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **15%** con un minimo non indennizzabile di **€50** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Tale limite sarà calcolato nel caso di prestazioni singole, in relazione alla spesa per ciascuna di tali prestazioni, nel caso di prestazioni multiple rientranti in ciclo di terapia, in relazione alla spesa complessiva dell'intero ciclo di terapie.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione. Dalla documentazione inviata deve, inoltre, risultare inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico che ha effettuato la visita. Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

Per le spese indicate al precedente art. 2, lettera D) (visite specialistiche) la somma massima assicurata per anno assicurativo e per persona è stabilita in Euro 1.600,00.

Infine, la Società risponderà, nel caso di **parto spontaneo** comportante intervento chirurgico in regime privatistico (ivi compresa l'episiotomia) la somma forfettaria di **Euro 1.050,00** si precisa che per parto spontaneo si intende qualsiasi forma di parto escluso il parto che avvenga per parto cesareo.

Tale garanzia opererà per i parti avvenuti dal settimo mese successivo alla data di efficacia della polizza e con esclusione dell'indennità sostitutiva prevista dal successivo art. 4.

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società assicurativa su richiesta documentata dell'Assicurato corrisponderà l'importo versato a tale titolo entro il 60% della somma massima garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

ART. 4 – INDENNITA' SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il ricovero in Istituto di Cura sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società Assicuratrice corrisponderà per ogni giornata di degenza una indennità di **Euro 65,00** per la durata massima di **180 giorni** per anno assicurativo, oltre al rimborso dell'eventuale ticket.

Tale indennità sarà ridotta a **Euro 35.00** giornaliera, oltre al rimborso dell'eventuale ticket, in caso di ricovero in regime di Day Hospital.

ARTICOLO 5 – GARANZIE FACOLTATIVE

A) LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive di occhiali o a contatto a seguito di modifica del visus, con l'esclusione delle montature.

La suddetta garanzia è prestata fino alla concorrenza di **Euro 500,00** per persona assicurata e per anno assicurativo con applicazione di uno scoperto del **10%**.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista attestante la variazione del visus e contenente l'indicazione del nome e cognome dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia (ad esempio miopia, astigmatismo, ecc.) che comporta l'uso di lenti correttive.

B) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese per terapie conservative / ortodontia / protesi non conseguenti ad infortunio.

La suddetta garanzia è prestata fino alla concorrenza di **Euro 3.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, con applicazione delle modalità sottoindicate.

C) TERAPIE CONSERVATIVE

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute con il massimo di **Euro 1.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **90%** con il minimo non indennizzabile di **€207,00** per ogni singola prestazione.

D) ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute con il massimo di **Euro 1.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **90%** con il minimo non indennizzabile di **€207,00** per ogni singola prestazione.

E) PROTESI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute con il massimo di **Euro 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **90%** con il minimo non indennizzabile di **€207,00** per ogni singola prestazione.

Per tutte le prestazioni, nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il premio individuale per l'assicurazione delle altre persone indicate all'art. 1, comma 2°, sarà pagato direttamente dagli Assicurati, restando esclusa ogni responsabilità ed onere della CONI Servizi SpA al riguardo.

In particolare si precisa che il pagamento dei premi individuali relativi all'assicurazione delle persone suddette potrà essere effettuato, a richiesta dell'Assicurato e con il consenso della Società assicuratrice, mediante ritenute mensili sulla retribuzione dei dipendenti e conseguente rimessa diretta alla Società assicuratrice da parte dell'Istituto tesoriere.

L'attivazione delle garanzie facoltative A) e B) è vincolante per l'intera durata contrattuale, senza possibilità di revoca.

Il premio annuo individuale per le garanzie di cui ai punti A) e B) del presente articolo è convenuto in Euro 1.480,00 (comprensivo delle imposte).

Tale premio dovrà essere obbligatoriamente versato per tutti i componenti del nucleo familiare coperti con la garanzia base.

ART. 6 – ESCLUSIONI

E' escluso dall'assicurazione il rimborso delle spese relative a:

- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose compiute dall'Assicurato o sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e/o malattia e per neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età);
- cure e interventi chirurgici per eliminare o apportare correzioni a difetti fisici o malformazioni preesistenti al giorno di decorrenza dell'assicurazione; tale esclusione non è operante per i soli dipendenti della CONI Servizi SpA e per i neonati (nei primi 30 giorni di vita) dei dipendenti stessi, per i grandi interventi chirurgici elencati nell'allegato 1 di polizza.
- cure implantologiche nonché, se non conseguenti ad infortunio, protesi e cure dentarie (comportanti o no intervento chirurgico ed anche se effettuate in Istituto di cura) e cure paradontali;
- agopuntura non effettuata da medico;
- malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esplosioni a radiazioni ionizzanti;
- interventi per la correzione dei seguenti difetti visivi: miopia, astigmatismo, presbiopia, ipermetropia e strabismo;
- le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza;

- ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lungo-degenza. Si intendono quali ricoveri per lungo-degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ricoveri per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, tranne che per la schizofrenia, le malattie demielizzanti del sistema nervoso, il Parkinson ed i disturbi primari del sonno (dissonnie e parassonnie);
- malattie ed infortuni conseguenti a guerre, insurrezioni, terremoti, eruzioni, inondazioni, nonché a tumulti popolari, atti di terrorismo o vandalismo, attentati, se ad essi l'Assicurato abbia partecipato attivamente.

Per tutti i soggetti assicurati che non siano dipendenti o neonati (entro 30 gg. di vita) degli stessi, sono esclusi i seguenti grandi interventi:

- interventi per malformazioni congenite del cuore
- legatura e resezione del dotto di Botallo
- cranio bifido
- idrocefalo ipersecretivo
- polmone cistico o policistico
- cisti e tumori tipici del bambino (simpatoblastoma)
- operazioni per encefalo – meningocele
- atresia e fistola congenite dell'esofago
- operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- esofagoplastica
- commisurotomia per stenosi mitralica (solo se congenita)
- torace ad imbuto e torace carenato

ART. 7 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa e/o la struttura sinistri dedicata e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa e/o struttura sinistri dedicata, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo punto 8.1 *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”*.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e/o la struttura sinistri dedicata il sinistro verrà comunque gestito secondo quanto previsto al punto 8.1 purché l'Assicurato, durante il periodo del ricovero, contatti la Centrale Operativa e/o la struttura sinistri dedicata.

ART. 8 – CRITERI DI VALUTAZIONE

8.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

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 il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di 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, ad eccezione degli scoperti e franchigie poste a carico dell'Assicurato previste al precedente Art. 3 - Somme assicurate e scoperti. 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 un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto 8.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

8.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla struttura sinistri dedicata e/o eventuale struttura della Società eventualmente allestita nei locali messi a disposizione della C.O.N.I. Servizi SpA il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero, e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. La documentazione verrà inviata, a liquidazione avvenuta, alla struttura sinistri dedicata e/o eventuale struttura della Società allestita nei locali messi a disposizione dalla C.O.N.I. Servizi SpA per la restituzione all'Assicurato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un 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 certificato.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di presentazione alla Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

8.3 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 ai precedenti punti 8.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o 8.2 "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.

ART. 9 - DURATA DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto avrà durata di mesi 36 decorrenti dalle ore 00.00 del giorno del pagamento del premio, oltre ad eventuali proroghe che non potranno superare la durata di mesi 6.

Entrambe le parti avranno la facoltà di recedere anticipatamente dal contratto, alla scadenza di ogni anno.

Tale volontà dovrà essere comunicata mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno 6 mesi dalla data di scadenza del contratto.

Nel caso di mancato pagamento dei premi successivi al primo, l'assicurazione resterà sospesa dalle ore 00.00 del 45° giorno dopo quello della scadenza di pagamento e riprenderà vigore dalle ore 00.00 del giorno di effettuazione del pagamento dovuto.

Prima della stipulazione del contratto, la CONI Servizi SpA trasmetterà alla Società assicuratrice l'elenco nominativo dei dipendenti in servizio, ai fini della determinazione del premio relativo alla prima annualità da pagare.

Il personale in servizio che cesserà il rapporto di lavoro per quiescenza (dimissioni, limiti di età) in pendenza del presente contratto assicurativo, resterà assicurato fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

Il CONI sarà tenuto a dare comunicazione alla Società assicuratrice dell'instaurazione di nuovi rapporti di lavoro entro 15 giorni dalla data di assunzione, dalla quale decorrerà la copertura assicurativa.

In relazione alle variazioni annuali nel numero dei dipendenti, si provvederà alla regolazione del premio, con le modalità specificate nel successivo art. 10.

ART. 10 - PREMIO E SUA REGOLAZIONE – MODALITA' DI PAGAMENTO

Il premio annuo per l'assicurazione dei rischi di cui al precedente art. 2 a favore dei dipendenti del CONI è convenuto in **Euro** per persona.

Il premio individuale annuo per ciascuna delle persone indicate all'*art. 1, comma 2°, punto 1 lettera a), b) e c) e punto 2* è convenuto in **Euro** indipendentemente dal fatto che la copertura assicurativa venga estesa a tutti i componenti del nucleo familiare o solo ad alcuni di essi.

Tutti gli importi sopraindicati, devono intendersi finiti.

Il pagamento del premio relativo alla prima annualità, con riferimento al numero dei dipendenti in servizio alla data di stipulazione del contratto verrà effettuato entro 60gg dalla data di emissione del medesimo;

I premi annuali successivi verranno pagati con le suddette modalità;

Entro 45 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo il CONI comunicherà alla Società assicuratrice il nominativo dei dipendenti in servizio per i quali è prevista la copertura assicurativa nell'anno successivo.

La Società assicuratrice provvederà alla **regolazione del premio** restando inteso che:

- ♦ il personale cessato dal servizio nell'anno in corso per dimissioni e limiti di età resterà assicurato fino alla scadenza dell'annualità contrattuale e pertanto per esso sarà dovuto integralmente il premio individuale previsto;
- ♦ per tutti gli altri casi di cessazione dal servizio (mobilità verso altra Amministrazione, decesso, licenziamento) la CONI Servizi SpA corrisponderà alla Società assicuratrice la quota spettante calcolata in dodicesimi, riferita alla data di cessazione dal servizio del dipendente;
- ♦ per il personale assunto, o che comunque ha iniziato a prestare servizio nell'Ente in servizio nel corso dell'anno, il premio che la CONI Servizi SpA corrisponderà alla Società assicuratrice sarà calcolato in dodicesimi, con decorrenza dalla data di assunzione del dipendente;

La regolazione del premio attiva e/o passiva relativa ai dipendenti assunti o cessati dal servizio nel corso dell'anno, sarà effettuata alla scadenza annuale del contratto, fermo restando che la copertura assicurativa degli stessi decorrerà dalla data di assunzione

Il premio individuale per l'assicurazione delle altre persone indicate all'art. 1, comma 2°, sarà pagato direttamente dagli Assicurati, restando esclusa ogni responsabilità ed onere della CONI Servizi SpA al riguardo.

In particolare si precisa che il pagamento dei premi individuali relativi all'assicurazione delle persone suddette potrà essere effettuato, a richiesta dell'assicurato e con il consenso della Società assicuratrice, mediante ritenute mensili sulla retribuzione dei dipendenti o sul trattamento pensionistico e conseguente rimessa diretta alla Società assicuratrice da parte dell'Istituto tesoriere.

ART. 11 – CONTRAENZA E OBBLIGHI DEGLI ASSICURATI

La sottoscrizione da parte della CONI Servizi SpA del presente contratto consente alle persone indicate al 2° comma dell'art. 1, di aderire, su loro richiesta, alle condizioni del contratto stesso.

A tali singole persone faranno quindi capo gli obblighi ed i diritti stabiliti e derivanti dal presente contratto, con totale esonero della CONI Servizi SpA da qualsiasi onere, obbligo e/o responsabilità connessi a tali rapporti ai quali l'Ente resta comunque estraneo.

ART. 12 – CONDIZIONI PARTICOLARI

E' esclusa alla Società assicuratrice la facoltà di escludere dalla copertura singoli assicurati o singole prestazioni tranne il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese con dolo o colpa grave, secondo quanto disposto dal Codice Civile, sia per quanto riguarda il rigetto del sinistro che per l'annullamento della singola posizione.

- a) Resta confermato che l'assicurazione è prestata senza limiti di età ed a prescindere dalle condizioni fisiche degli Assicurati (con eccezione dei soggetti indicati al punto 2 del 2° comma art.1).
- b) L'assicurazione vale per il mondo intero.
- c) Tutte le comunicazioni alle quali la CONI Servizi SpA, gli Assicurati e la Società assicuratrice sono tenuti, dovranno avvenire mediante lettera raccomandata.
- d) Ai fini dell'interpretazione dei termini utilizzati nel presente contratto valgono le Definizioni riportate nella prima parte del presente contratto.

ART. 13 – CLAUSOLA COMPROMISSORIA E FORO COMPETENTE

In caso di controversia di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, la Società assicuratrice e l'assicurato si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di contratto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel capoluogo ove risiederà il Collegio arbitrale.

Esclusivamente per i dipendenti della CONI Servizi SpA verrà istituita, una commissione permanente costituita da un medico del CONI e/o CONI Servizi SpA e/o Istituto di Medicina e Scienza dello Sport e da uno dell'Assicurazione con il compito di risolvere in forma collegiale concorde le eventuali controversie insorte prima di addivenire alla costituzione del predetto collegio.

Ogni controversia di altra natura rispetto a quanto previsto dal precedente 1° comma tra l'Assicurato e la Società assicuratrice, ovvero tra la CONI Servizi SpA e la Società assicuratrice relativamente all'interpretazione del presente contratto, sarà devoluta, con scrittura privata, ad un collegio arbitrale costituito da tre persone di cui due scelte, rispettivamente da ciascuna delle parti e la terza, con funzioni di Presidente, dai predetti arbitri di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati avente giurisdizione ove risiederà il collegio.

Entrambi i collegi risiederanno rispettivamente, a scelta del CONI nServizi SpA o dell'assicurato, presso la sede dell'Ente in Roma o nel capoluogo di provincia di residenza dell'assicurato stesso.

Ciascuna delle parti sosterrà le proprie spese e remunererà il medico o l'arbitro da essa designati, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico e/o del Presidente del collegio arbitrale.

Le decisioni di entrambi i collegi saranno prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e saranno obbligatorie per le parti anche se uno dei componenti si rifiuti di firmare il relativo verbale. Per ogni altra vertenza tra la CONI Servizi SpA assicurante e la Società assicuratrice sarà competente esclusivamente il Foro di Roma.

La società dichiara di accettare espressamente le disposizioni dei seguenti articoli:

- 1;
- 9, commi 2,3,4,6 e 7
- 11, comma 2;
- 12;
- 13;

ALLEGATO 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

(Tariffa Nazionale Ordine dei Medici D.P.R. 28.12.1963 n. 1763)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Operazioni demolitrici per i tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Tiroidectomia totale per neoplasie benigne
- Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia polmonare

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali – cutanee
- Pericardiectomia parziale
- Pericardiectomia totale
- Sutura del cuore per ferita
- Interventi per malformazioni congenite al cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commisurotomia per stenosi mitralica
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera peptica post – operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse e alte
- Esofagoplastica
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro – digiunale per ulcera peptica post – anastomatica
- Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- Interventi per aneurismi su vasi arteriosi: arteria, carotide, vertebrale, succlavia, tronco, broncocefalica ed iliaca
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Cranio bifido con meningocele e meningocefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico
- Cisti e tumori tipici del bambino (simpatoblastoma)
- Iliomeconiale : resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino – perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto – uretrale o retto – vulvare: abbassamento addomino – perineale
- Megauretere : resezione con reimpianto e resezione con sostituzioni di ansa intestinale
- Megacolon : operazione addomino – perineale di Duhamel o Jwenson
- Disarticolazione interscapolo – toracica
- Emipelvectomia
- Cistectomia totale con uretosigmoidostomia
- Intervento per fistola astro – digiuno – colica
- Colectomia totale
- Amputazione del retto per via addominoperineale in uno o più tempi
- Resezione epatica
- Epatica o coledectomia
- Papilloma per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo - cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione)
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda)
- Splenectomia
- Anastomosi porto-cave e spleno renale
- Asportazioni di neoplasie endocraniche, o di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazioni per encefalo - meningocele
- Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia
- Talatomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiococemie, ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro – ureterctomia totale
- Orchiectomia per neoplasia maligne con linfoadenectomia
- Panisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

Si considerano Grandi Interventi Chirurgici anche:

- Il trapianto di organi per il quale sono altresì comprese le spese relative al prelievo
- L'artoprotesi
- Qualunque altro intervento dovuto a neoplasia maligna non indicato tra i precedent

SITUAZIONE SINISTRI PREMI

(la situazione si riferisce al personale dipendente più i familiari)

Anno	premi	n° sinistri	importi	s/p
2006/7	€632.005,00	5.001	€1.230.343,00	194,60%
2007/8	€667.002,00	5.471	€1.295.047,00	194,15%
2008/9	€643.242,00	5.277	€1.313.470,00	204,19%

Mancano i dati 2010 – in quanto i tabulati del gestore della convenzione non sono aggiornati.