

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE MEDICHE
INFORTUNI**

LA PRESENTE POLIZZA E' STIPULATA TRA

**E L'ENTE
CONTRAENTE/ASSICURATO**



Largo Lauro De Bosis 15
00135 Roma

C.I.G. 6356672BAB

Effetto 31.12.2015
Scadenza 31.12.2018
Prima Rata 31.12.2016

SEZIONE 1 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE
--

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'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure 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 gg 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 gg 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 24.00 del 31.12.2018; **tuttavia è data facoltà ad entrambi le parti di poter receder dal contratto a far data dal 31.12.2017, tramite comunicazione scritta da inviarsi a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, 6 mesi prima della scadenza.**

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31/12/2018, 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 a meno che non abbiano disdetto la polizza con un preavviso di almeno 150 gg. rispetto alla naturale scadenza del 31/12/2018, mediante PEC o raccomandata a.r. indirizzata al Contraente.

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 90 giorni da darsi con lettera raccomandata.

Il computo dei 90 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 JLT SPA Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma - è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker), ai sensi del D.Lgs. 07.09.2005 N. 209 e successive modificazioni e integrazioni.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/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/Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso;

parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/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 aggiudicatarie dovranno pertanto rilasciare, 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 Direzione / Gerenza, 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.

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 (telefax 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 Coassicuratrici.

PRIMA SEZIONE

**POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEL
PERSONALE DIPENDENTE CONI SERVIZI SPA / FSN /IL
FORO ITALICO DI ROMA / PRESIDENTI FSN/ MEMBRI
DELLA GIUNTA NAZIONALE CONI**

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato 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 Coni Servizi Spa, delle Federazioni Sportive Nazionali, del Parco Foro Italico, Presidenti delle FSN, Dipendenti Comitato Paralimpico, Membri della Giunta Nazionale CONI, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente:

Cassa di Assistenza Sanitaria

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 lo dimissione 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 per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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 alla Società/Cassa. 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 l'impresa assicuratrice

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.

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.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
--

PREMESSA

L'assicurazione vale per i dipendenti e i familiari del personale dipendente del Coni , Coni Servizi Spa, Federazioni Sportive Nazionali, Presidenti FSN, Membri del Consiglio Nazionale del Coni, Dipendenti del Comitato Italiano Paraolimpico, del Circolo Italiano del Tennis e del loro nucleo familiare così come descritto nelle definizioni.

Art. 2 LIMITI DI ETA' - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale sino al compimento del 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. 3 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. 4 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Compagnia Assicuratrice 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. 5 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 di:

- Nuova Assunzione purché ne venga data comunicazione alla Società;
- Nascita / adozione/affidamento di un figlio (inviando la relativa certificazione);
- Matrimonio (inviando certificato di matrimonio);
- Insorgere di convivenza per il convivente "more uxorio" (certificato di famiglia storico intestato al Dipendente);
- Venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro (attestazione rilasciata dal datore di lavoro, indicante la data del venir meno dell'analogha assistenza).

Le domande di inserimento di cui alle precedenti punti dovranno essere accompagnate

dalla certificazione precisata a fianco di singoli eventi.

L'inclusione nelle assistenze decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data.

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. In tal caso il premio pagato e non goduto viene rimborsato dalla Società, con esclusione delle sole imposte, dal primo giorno del mese successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro. E' facoltà della Contraente di richiedere per iscritto, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro, alla Società la permanenza In assicurazione del dipendente uscente fino alla prima scadenza annuale successiva. In tal caso non è dovuto alcun rimborso successivo alla data di cessazione del rapporto di lavoro. E' facoltà della Contraente di richiedere per iscritto, entro 30 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro, alla Società la permanenza in assicurazione del dipendente uscente fino alla prima scadenza annuale successiva. In tal caso non è dovuto alcun rimborso.
- b. Decesso dell'assistito o di suo familiare assistito (certificate di morte);
- c. Divorzio (sentenza di divorzio);
- d. Venir meno di convivenza per il convivente " more uxorio " (certificato di stato di famiglia storico intestato al Dipendente);
- e. Adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro (attestazione rilasciata dal datore di lavoro indicante la data di decorrenza e la tipologia di copertura erogata);

Le domande di revoca di cui alle precedenti lett. b)c)d) ed e) dovranno essere accompagnate alla certificazione precisata a fianco dei singoli eventi.

Le assistenze rimangono in essere fino al 31 dicembre dell'anno assistenziale nel quale si è verificato l'evento ed i contributi sono pertanto dovuti fino a tale data.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai precedenti punti 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. 6 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. 7 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 il 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. 8 DETERMINAZIONE DELL'ANNUALITÀ 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. 9 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 l n originale o in copia, eventuale copia cartella clinica completa, documentazione medica Inviando copia presso Cassa o accedendo al portale web inserendo la richiesta di rimborso on fine (con accesso riservato ad area dedicata mediante richiesta credenziali tramite il medesimo portale); nel caso sia intervenuto l'Ente di assistenza sanitaria socia le e/o a altra polizza d'assicurazione privata, le notule di spesa devono essere presentate in copia, unita mente 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. 10 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. 11 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. 12 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. 13 ONERI FISCALI E SPESE CONTRATTUALI

Posto che l'importo delle prestazioni di servizio del presente Contratto è onnicomprensivo e sono a carico del Fornitore le spese di bollo, gli oneri fiscali, le eventuali quote associative, le spese contrattuali, ad eccezione di quelli che fanno carico, per legge all'Ente, Le prestazioni del servizio 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. 14 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:

€ 630,00 (euro seicentotrenta/00) → per ciascuna unità assicurata

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. **2.200 persone**

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'Ente entro gg. 60.

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 gg. 60 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 . 15) CLAUSOLA BROKER

Alla Società di Brokeraggio MAG JLT 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/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/Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso;

parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/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 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 Direzione / Gerenza, è pari al 3%.

SEZIONE III CONDIZIONI SPECIALI

Art. 1 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 31.12.2012 in copertura nonché le malattie croniche e recidivanti. L'intervento della presente copertura dalla data di decorrenza delle prestazioni (31/12/2016) 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 (31/12/2016). 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, purchè 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. 2 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 la 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 Euro 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. 3 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 dalle garanzie RICOVERO si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità per ciascun giorno di ricovero di Euro 100,00 con il massimo di 210 gg per anno assicurativo e persona.

Art. 4 MASSIMALI A NUCLEO

Fra le Parti rimane stabilito che ciascuno delle somme pattuite per ogni garanzia è prestata quale disponibilità unica per l'intero nucleo familiare Assicurato e per ciascun anno assicurativo.

Art. 5 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. 6 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. Per scoperti e franchigie VEDI OPZIONE.

Art. 7 LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui alla presente copertura sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di Euro 52.000,00 anno/procapite – elevata a Euro 310.000,00 in caso di grande intervento chirurgico (quale ricompreso nell'allegato elenco A) – fermo restando quanto eventualmente previsto alle prestazioni di cui ai successivi punti “ Prestazioni “.

Art. 8 PRESTAZIONI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SANITARIA-

LA SOCIETÀ RIMBORSO 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 i 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 li ed esami post• Intervento, durante Il periodo di ricovero;
 - Rette di degenza con il limite di Tabella limiti di Assistenza
 - Trasporto dell'Assicurato in Italia con limite di Euro VEDI Tabella limiti di indennizzo con qualsiasi mezzo idoneo, Trasporto dell'Assicurato all'estero o dall'estero in Italia con limite di VEDI Tabella Limiti di Assistenza 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 Euro 1.050,00, escluso il parto cesareo.
- E) **Rette dell'accompagnatore**, con il limite di Euro VEDI Tabella Limiti di Assistenza 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 Euro 5.165,00.

Art. 9 SCOPERTI E FRANCHIGIE

Il rimborso delle spese di cui al precedente Art. 8 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 terapeutici applicati durante l'intervento etc.) 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 Euro 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 A) non viene applicato alcuno scoperto.

Art. 10) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla precedente art. 8) (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 **Euro 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 gg. per anno oltre al rimborso dell'eventuale ticket.

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

Art. 11) 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. 8);
- Assistenza medica, anche domiciliare, al neonato nei primi 30 gg., con riferimento ai casi previsti al precedente art. 8) e successivo art. 12 punto 1. ;
- 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. 12 punto 1. 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 Euro 1.550,00 in Italia e di Euro 2.580,00 all'estero per ogni anno e soltanto per quanto previsto al precedente Art. 8).

Art. 12 PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La Società rimborsa con il limite assistenziale di **Euro 8.000,00** anno/procapite per le prestazioni di "Alta Specializzazione" (di cui al successivo punto 1) e con un limite assistenziale di Euro 1.600,00 anno/ nucleo per le "prestazioni specialistiche" (di cui al successivo punto 2):

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 sopra elencate vengono accordate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% minimo Euro 25,00** per ogni singola prestazione in caso di utilizzo di strutture convenzionate, con uno scoperto del **20% minimo Euro 50,00** 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 sopra sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico –specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica.

Nessun rimborso è previsto per le prestazioni di medicina generica.

Le prestazioni di cui al presente art. 12) punto 2 sono rimborsabili con una **franchigia fissa di Euro 25,00** per ogni singola prestazione in caso di utilizzo di strutture convenzionate e con uno **scoperto del 20% minimo Euro 50,00** per ogni accertamento o ciclo di terapia qualora l'Assicurato si avvalga di strutture non convenzionate.

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

Art. 13 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 gg.**

Art. 14 RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI - ELENCO A ALLEGATO -

14.1 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'elenco Allegato A), 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 gg. 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 o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

h. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni: in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) 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.

14.2 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.

14.3 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 14.1 *“Ricovero in istituto di cura”* e 14.2 *“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.

SEZIONE IV - CRITERI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Art. 1 ASSISTENZA DIRETTA

Le prestazioni di cui alle lettere A. (Ricovero con intervento chirurgico), B. (Ricovero senza intervento chirurgico) e C. (spese extra ospedaliere) D. (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 Centra le 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

Oppure contattando la Struttura Operativa al numero (numero verde gratuito) accessibile: dai al dalle ore alle

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 72 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione (in caso di scelta Equipe medico/chirurgica non convenzionata l'attivazione presso la Centra le Operativa dovrà essere effettuata 5 gg 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:

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

la Struttura Operativa comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all' Assistenza Diretta.

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 effettuata 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.

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

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati cono non si sia concordato preventivamente conl'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, l'Impresa effettua il rimborso all'Assicurato tramite entro 30 giorni dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative note e fatture in originale e/o copia, pervenuta per il tramite cassa o portale Web

Art. 2 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.

SEZIONE V - LIMITAZIONI

Art. 1 . ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2 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 30gg dalla nascita ;
- 2 la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3 le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 4 le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 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.

SEZIONE VI – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

Art. 1 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 articoli

1.1 *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”*, 1.2 *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”* e 1.3 *“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 all'articolo 1.2 *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”*.

Art. 1.1 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 ai punti 1.2 *“Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società”* e 1.3 *“Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”* e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

1.2 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 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.

Art. 1.3 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 articoli 1.1 "*Sinistri in strutture convenzionate con la Società*" e 1.2 "*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.

1.4 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 30 gg. 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).

1.5 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. 2 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. 3 ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Enpav 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.

SECONDA SEZIONE

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE

SEZIONE I - DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE: il contratto d'assicurazione.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE: CONI Servizi S.p.A.

ASSICURATO: i soggetti a favore dei quali viene stipulata la polizza.

BENEFICIARIO: il soggetto designata dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.

IMPRESA: Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.

PREMIO: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

RISCHIO: la probabilità che accada il sinistro.

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

FRANCHIGIA: la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

- Valide per la Sub Sezione A) e B) -

Art. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un' invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non d'origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
- c) il contatto accidentale con corrosivi;
- d) le infezioni e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
- e) l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
- f) le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
- g) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti. Sono comprese in garanzia le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale non sia operabile secondo parere medico, sarà corrisposta un'indennità a titolo d'invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente assoluta;
- se l'ernia è operabile, sarà corrisposta un'indennità per il caso d'inabilità temporanea sempre che sia prevista in polizza, fino ad un periodo di giorni 100 successivi a quello dell'infortunio;
- qualora insorga contestazione circa la natura dell'operativa dell'ernia, la decisione e rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 29- Controversie sulla natura delle lesioni - delle Nonne che regolano l'Assicurazione;

h) gli infortuni derivanti dalla forza della natura, compresi movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe, slavine, eruzioni vulcaniche.

In via esemplificativa e non limitativa, si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti:

- i) in stato di malore, incoscienza, vertigini;
- j) per imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k) durante l'uso e la guida di veicoli in genere e natanti;
- n) in conseguenza di scioperi, sequestri di persona, scippo e/o rapina, aggressioni tumulti popolari o da atti di terrorismo, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- o) durante la pratica non professionale di qualsiasi sport -escluso paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al mo della scala U.I.A.A., salta dal trampolino con gli sci, bob, pugilato e deltaplano.
- p) durante il servizio militare.

Art. 2 Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o 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 e 1894 del Codice Civile).

Art. 4 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile

Art. 5 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 Determinazione del premio

- Incasso degli acconti e regolazione del premio -

Premesso che:

i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva

Sezione Premi;

si conviene che:

l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi deve considerarsi quale premio complessivo per ciascun anno assicurativo;

Art. 7 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società entro 30 giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art. 1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 8 Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dai Criteri di indennizzabilità.

Art. 9 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si da atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 10 Rinuncia alia rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 11 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediate, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 12 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 13 Infortuni determinati da calamita naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche rna con il seguente limite:

In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relative bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 14 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 8.000.000,00.

Art. 15 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art.16 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.17 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole del presente contratto, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 19 Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 20 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 21 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto per il rischio volo di cui all'articolo 10- Rischio volo- delle norme che regolano l'Assicurazione;
- b) da stato d'ubriachezza se alia guida di veicoli;
- c) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o

per motivi di carattere eccezionale;

- h) da guerra o insurrezioni. Ciononostante la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da state di guerra, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- h) sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpisca l'Assicurato nel territorio italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 22 MORTE PRESUNTA

La somma assicurata per il caso di morte e liquidata purché il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio risarcibile secondo la polizza e questa occorra, anche se successiva alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Se il corpo dell'Assicurato non è trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e lo private, non escluso dall'articolo 10 - Rischio Volo - delle Norme che regolano l'Assicurazione, sarà riconosciuto il risarcimento per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio. L'impresa in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona e/o del clima, o di altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti. Qualora in conseguenza del medesimo evento l'impresa sia tenuta alla liquidazione di un capitale Morte per entrambi i genitori, sarà raddoppiata la parte di beneficia spettante ai figli minori e lo in ogni caso a carico. Il maggior esborso a carico dell'Impresa non potrà superare € 150.000,00 per ciascun Assicurato.

La Compagnia liquida ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato e/o al convivente, beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 100% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, sequestro, tentato sequestra, messi in atto nei confronti dell'Assicurato stesso. Per questa specifica estensione, l'esposizione massima dell'Impresa non potrà in ogni caso essere superiore a € 250.000,00, indipendentemente dall'eventuale maggior somma assicurata per il caso di Morte. L'impresa da e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli assicurati, s'intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati (dichiarazione scritta che può essere conservata presso la Contraente).

Art. 23 INCAPACITA' D'INTENDERE E DI VOLERE- MORTE SOPRAGGIUNTA

A parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione, qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, sia residuata all'Assicurato un'invalidità permanente e costui si venisse a trovare nell'incapacità di intendere e di volere, gli eredi od i beneficiari designati in polizza per il caso di Morte, avranno pieno titolo per far valere i diritti dell'Assicurato e richiedere all'Impresa la liquidazione dell'indennizzo spettante, rilasciando

alia stessa quietanza liberatoria, fermo quanta previsto per il caso che, a liquidazione dell'Invalidità Permanente avvenuta, dovesse (entro due anni dalla data dell'infortunio ed in conseguenza di questa) sopraggiungere la Morte.

Fermo quanto contrattualmente contemplato relativamente ai casi di Morte e d'Invalidità Permanente, resta convenuto fra le Parti che le indennità previste in polizza per:

- ricovero in Istituto di cura;
- applicazione d'apparecchio gessato od altro tutore immobilizzante equivalente;
- rimborso spese di cura;
- rimborso spese di trasporto dall'estero o rimpatrio della salma;
- danni estetici;

sono liquidabili agli eredi designati in contratto, qualora a seguito dell'infortunio od anche per cause indipendenti da lui, l'Assicurato dovesse morire prima di avere potuto riscuotere quanta di sua spettanza e diritto a termini della presente polizza per i titoli di cui sopra.

Gli eredi designati in contratto avranno altresì titolo, in caso di comprovata incapacità dell'Assicurato, per richiedere all'impresa (presentando i giustificativi previsti) la corresponsione d'anticipi mensili sull'indennità dovuta e da computarsi nella liquidazione definitiva, rilasciando all'impresa ampia e liberatoria quietanza nel caso che lo stato d'incapacità dell'Assicurato dovesse permanere anche al termine del ricovero, della cura o del periodo massimo di garanzia pattuito per il caso di specie.

Art. 24 RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO-RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto all'estero, l'impresa assicura, sino alla concorrenza di € 4.000,00 e per ogni assicurato:

il rimborso delle spese di trasporto con qualsiasi mezzo sostenute dall'Assicurato in caso d'infortunio che richieda il Suo trasporto in Istituto di cura attrezzato in Italia e/o alia Sua residenza;

il rimborso delle spese sostenute - in caso di decesso - per il rimpatrio della salma dell'Assicurato sino al luogo di sepoltura in Italia.

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 25 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alia scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'impresa liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla Tabella per l'Industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/1965 n. 1124.

L'impresa rinuncia all'applicazione della franchigia relative prevista dalla Legge stessa in caso d'infortunio.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali d'invalidità Permanente previste della precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore

sinistro e viceversa. Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e fosse che questi erano gli unici perfettamente integri, o tali che fossero usati come "destri", si terrà conto di ciò anche nella valutazione del grado d'invalidità permanente, fermo restando il disposto dell'art. 27 - Criteri d'indennizzabilità - delle Norme che regolano l'Assicurazione.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di organi od arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100% (centopercento).

L'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi d'invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30/06/1965 n.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati della misura nella quale e per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente. L'impresa in occasione d'arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso d'Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Se è dichiarato, trascorso un anno dall'infortunio, lo stato di "coma irreversibile" sarà liquidato ai beneficiari previsti in polizza il 100% della somma assicurata.

Art. 26 RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua come passeggero (non come pilota o membra dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi elicotteri) in servizio pubblico di linee regolari compresi i voli charter ed effettuati con velivoli presi a noleggio da Società che esercitano in servizio pubblico linee aeree regolari. La garanzia è altresì estesa agli infortuni che occorressero all'Assicurato mentre effettua, come passeggero, viaggi su aerei di proprietà privata, compresi gli elicotteri, muniti di regolare certificato di navigabilità rilasciato dall'Ente Aeronautico Civile del Paese in cui l'aeromobile stesso è registrato e condotto da un pilota (l'Assicurato in ogni caso escluso) regolarmente patentato. L'estensione non è valida per monomotori ed Aeroclubs; sono inoltre esclusi gli aerei di proprietà dell'Assicurato e/o Contraente.

Art. 27 MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione è estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di

legge in materia. La garanzia è prestata sino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni con il massimo di € 500.000,00 in caso di Morte e di € 500.000,00 per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per l'invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia del 20%, pertanto non si farà luogo ad indennizzo alcuno quando questa sia di grado inferiore al 20% della totale; se invece, l'invalidità permanente supera il 20% della totale sarà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'invalidità Permanente residuo. Il Contraente dichiara, agli effetti della presente estensione, che gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che saranno sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Art. 28 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 29 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - BUONAFEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come qualsiasi errore e/od omissione involontaria e non intenzionale della stessa, e/o delle persone di cui debba rispondere a norma di legge, nonché dei suoi Amministratori, non pregiudicheranno questa polizza.

Art. 30 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non è valida:

a) per le persone di età superiore agli 80 anni, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del settantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso saranno restituiti al Contraente;

b) per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con manifestarsi di una delle predette condizioni. Si dà atto che sono assicurabili contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze. Pertanto, in caso d'infortunio l'impresa corrisponde l'indennità a sensi dell'articolo 27- Criteri indennizzabilità- delle Norme che regolano l'assicurazione.

Art. 31 INTEGRATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Agli effetti d'eventuali presenti e futuri obblighi d'assicurazione a sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendentemente e valore integrativo.

Art. 32 DENUNCIA D'INFORTUNIO- OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'impresa entro 30 giorni lavorativi

dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente, l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'impresa. L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 33 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

L'impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente e liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'articolo di cui all'articolo 8 - Invalidità Permanente-della Norma che regolano l'Assicurazione.

Ferme restando quanto disposto dall'articolo 23 - Persone non assicurabili - delle Norme che regolano l'Assicurazione, si dà atto che il Contraente è esonerato dal momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso d'infortunio, l'indennità per invalidità permanente e liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio.

Art. 34 CUMULO INDENNIZZI

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, rina entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'impresa corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 35 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado d'invalidità permanente le Parti possono conferire mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designata dai primi due) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di Legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, ma entro due anni, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione finale.

Il collegio risiederà presso il Tribunale ove ha dimora l'Assicurato; ciascuna Parte sosterrà le proprie spese e concorrerà nella misura del 50% (cinquanta per cento) al pagamento del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, purché ciò risulti dagli atti.

Sub Sezione A)

Art. 1 Soggetti Assicurati

Ai sensi del presente contratto, qualora un soggetto assicurato fosse presente in più Categorie, la Società, in caso di sinistro, procederà cumulando l'indennizzo, al netto delle franchigie e/o scoperti previsti per singola Categoria.

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti dai soggetti presenti nelle seguenti categorie assicurate:

- **Categoria A (A1-Personale dipendente Coni Servizi S.p.A., A2-Personale dipendente del " Il Foro Italico di Roma ")**

- **Categoria B (B 1- Professionisti aventi la qualifica di Medico, Medico Competente, e B2 -Professionisti Paramedici, Fisioterapisti e Tecnici) operanti per conto del Contraente e/o per conto dell'istituto di Medicina e Scienza dello Sport, con esclusione dei professionisti - alle dirette dipendenze del Contraente;**

- **Categoria C – Le persone facenti parte del/della:- Giunta Nazionale del CONI;**
 - Consiglio Nazionale del CONI;
 - Collegio dei Revisori dei Conti del CONI;
 - Consiglio di Amministrazione della CONI Servizi SpA;
 - Collegio dei Sindaci della CONI Servizi SpA;
 - Consiglio di Amm.ne e Collegio Sindacale del " Il Foro Italico di Roma Srl".

- **Categoria D (D 1 I componenti delle Giunte Regionali, i Delegati Provincia, i Consulenti ed i Tecnici all'impiantistica,**
 - Strutture Coordinatori Tecnici, i Coordinatori Didattico Territoriali Scientifici, i Segretari Didattico Scientifici, i Revisori dei Conti e Presidenti Onorari.

- **D 2 - I Fiduciari locali, gli Staff Tecnici**

Art. 2 ASSICURAZIONE PER CATEGORIE - ESCLUSIVAMENTE A (A1 e A2)

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona alle dipendenze del Contraente, appartenente alle categorie precisate in Scheda di Copertura con i seguenti limiti:

1. in caso Morte

- Per una somma corrispondente a n. 2 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 1.000.000,00 per i Dirigenti;
- Per una somma corrispondente a n. 2 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 200.000,00 per il Personale non Dirigente.

2. in caso di Invalidità Permanente da Infortunio

- Per una somma corrispondente a n. 3 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 1.250.000,00 per i Dirigenti;

- Per una somma corrispondente a n. 3 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 300.000,00 per il Personale non Dirigente.

Si conviene tra le parti che la promozione di un dipendente ad altra categoria e/o l'assunzione di un dipendente con qualifica del medesimo in una delle categorie assicurate (anche se non attivata al momento di stipulazione del contratto per mancanza di dipendenti ascritti a quella categoria) non deve essere preventivamente segnalata alla Compagnia e la garanzia varrà automaticamente nei confronti del medesimo nei termini e secondo i parametri fissati in polizza per la categoria cui è iscritto e ciò dalla data di promozione e/o assunzione risultante dalle rispettive lettere e/o dai libri paga e matricola e dalle altre evidenze societarie cui la Contraente è tenuta secondo la legge, ed il premio relativo sarà pagato dalla Contraente in sede di regolazione alla fine dell'annualità assicurativa come previsto dalla Condizione Particolare "Regolazione del Premio".

Art. 3 SPESE MEDICHE PER TUTTE LE CATEGORIE

In aggiunta a quanto previsto dalle Condizioni d'Assicurazione, l'Impresa rimborsa agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di €2.500,00.

Per cure mediche s'intendono:

- spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
- onorari a medici, chirurghi e dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali eli soccorso, compreso il trasferimento aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- spese per la prima protesi, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- azioni di ricerca e/o salvataggio.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Tuttavia, nel caso in cui l'infortunio, non escluso dalle condizioni di polizza, abbia conseguenze di carattere estetico che non comporti risarcimento a titolo d'invalidità Permanente, l'impresa rimborserà

sino ad un massimo di € 2.500,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica.

L'impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le somme liquidate ai sensi della presente garanzia sono soggette ad una franchigia assoluta di €50,00, ed a uno scoperto del 15%.

Art. 4 CONCENTRAZIONE DEL RISCHIO

Qualora più persone assicurate viaggino contemporaneamente sul medesimo mezzo di trasporto terrestre, navale od aereo, o per un sinistro previsto ai sensi di polizza che colpisca contemporaneamente più teste, l'impresa garantisce l'indennità complessiva massima di € **30.000.000,00**, ancorché le singole applicazioni di garanzia, effettuate nei modi stabiliti dal contratto, indichino complessivamente indennità superiori.

Ai sensi del presente articolo, ferma la suddetta somma massima garantita, verranno applicati i seguenti sotto limiti per categoria:

- Categoria A e C complessivamente, fino ad un massimo di € 20.000.000,00 (ventimilioni);
- Tutte le altre Categorie complessivamente, fino ad un massimo di €10.000.000,00 (diecimilioni)

Tutti i suddetti importi si intendono dimezzati per atti di terrorismo.

La riduzione conseguente ai limiti che precedono sarà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona, mentre l'Impresa accrediterà al Contraente il premio conteggiato in più per le somme assicurate in relazione ai suddetti limiti.

Art. 5 RISCHI PROFESSIONALI (COMPRESO ITINERE)-VALIDA PER TUTTE LE CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali svolte per conto della Contraente, e/o della carica ricoperta nel rispetto delle disposizioni CONI e il Coni Servizi S.p.A., e secondarie, proprie della categoria d'appartenenza compresi i viaggi in itinere.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti in occasione di viaggi, trasferimenti.

e/o missioni di qualsiasi natura, compreso il tempo libero, in occasione di tutte le attività svolte per incarichi specifici al di fuori della normale sede di lavoro, inerenti alle occupazioni professionali.

La copertura decorre dall'inizio del viaggio e termina al rientro presso la sede di lavoro o presso l'abitazione dell'assicurato.

Art. 6 RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI- VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI ASSICURATI NELLA CATEGORIA A (AI EA2)

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano in ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Art. 7 FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE - RISCHI PROFESSIONALI RISCHIO CARICA COMPRESO ITINERE)

In relazione a quanto previsto dall'Art. 2 delle Norme che regolano l'Assicurazione, si conviene tra le Parti che la liquidazione degli infortuni Professionali o avvenuti "in itinere", con postumi a carattere invalidante permanente, non è soggetta ad alcuna franchigia per la sola categoria A (A1 e A2).

Per la Categoria B (B1 e B2) è prevista una franchigia fissa del 4%. Per le categorie C e D (D1 e D2) è prevista una franchigia fissa del 3%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l'Impresa liquida l'indennità senza deduzione d'alcuna franchigia.

Art. 7 bis FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE- RISCHIO EXTRA- PROFESSIONALI

Si conviene tra le Parti che la liquidazione degli infortuni extra-professionali, con postumi a carattere invalidante permanente, è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- per la Categoria A (A1 e A2), esclusi i Dirigenti, franchigia fissa del 3%;

nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l'Impresa liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 8 DANNI ESTETICI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO PER LA SOLA CATEGORIA A (A1 E A2)

Se l'infortunato ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni e/o sfregi permanenti, l'impresa liquida un'ulteriore indennità a titolo d'invalidità permanente con una franchigia assoluta del 5%.

Pertanto l'Impresa non liquida alcuna indennità se la deturpazione e/o lo sfregio determina un'invalidità permanente di grado non superiore al 5% della totale; se invece tale invalidità permanente è superiore al 5% della totale l'impresa liquida l'indennità solo per la parte eccedente e fino al massimo indennizzo di € 10.000,00.

Art. 9 ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI PER LA SOLA CATEGORIA A (A1 E A2)

1) Agli effetti assicurativi per "retribuzione annua" s'intende quanto, al lordo delle ritenute il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, purché sia registrato nel "libro stipendi" prescritto ai sensi di Legge.

2) Per la liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella come sopra percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio, il capitale assicurato di riferimento sarà comunque pari a quello previsto da contratto su base annua, senza considerare il minor periodo da quando ha preso servizio e/o l'incarico.

3) Il Contraente C: esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà

riferimento alle risultanze dei libri d'amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme con ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'impresa di fare accertamenti e controlli.

4) Il tasso di premio è pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille EURO di retribuzione compiuta ai sensi di cui al precedente punto I). Il premio risultante si intenderà comprensivo delle tasse governative. Il premio è anticipato dal Contraente sulla base del monte retribuzioni dell'anno precedente alla stipula della polizza.

ART. 10 CALCOLO DEL PREMIO- REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO PER LA CATEGORIA A (A1 E A2)

Affinché l'Impresa possa procedere alla regolazione del premio definitiva, entro 120 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni anno, la Contraente è tenuta a comunicare all'Impresa stessa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, al netto degli straordinari e dei premi di produzione.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate/rimborsate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 11 CLAUSOLA DIRIGENTI CATEGORIA A1 E A2) Limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente:

a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercitata dal Contraente del D.P.R. del 30/06/1965 n. 124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine a lavoro. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;

b) in caso d'invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente è effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e con l'applicazione da parte dell'Impresa della franchigia relativa prevista dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso d'invalidità permanente assoluta e che la liquidazione è fatta dall'Impresa in unica liquidazione anziché sotto forma di rendita. Il termine per la valutazione dell'invalidità Permanente da malattia professionale è stabilito in 18 mesi dalla data di denuncia della malattia;

c) qualora in conseguenza d'infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato sia permanentemente ridotta in misura non inferiore al 50% e in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto d'impiego, la somma assicurata per il caso d'invalidità permanente

e liquidata al 100%.

d) A parziale deroga dell'art.1 - lettera o) delle norme che regolano l'assicurazione, la garanzia viene estesa anche durante la pratica, non professionale, di qualsiasi sport - escluso paracadutismo e sport aerei in genere - comprese le scalate di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al III° e oltre purché non in solitario.

Art.12 ASSICURAZIONE PER CATEGORIE B (B1 E B2) C D (D1 E D2)

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona appartenente alle categorie precisate nel presente articolo, con i seguenti limiti:

B:

B1	Morte	€ 250.000,00 ;	B1 C
	Invalidità Permanente	€ 250.000,00;	

B2	Morte	€ 125.000,00;	
	Invalidità Permanente	€ 125.000,00;	

C	Morte	€ 500.000,00;	
	Invalidità Permanente	€ 500.000,00;	

D

D1	Morte	€ 150.000,00;	
	Invalidità Permanente	€ 200.000,00;	

D2	Morte	€ 80.000,00;	
	Invalidità Permanente	€ 120.000,00;	

Art. 13 CALCOLO DEL PREMIO- REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO PER LE CATEGORIE B (B1 E B2) C. D (D1 E D2).

Affinche l'Impresa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 120 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni annualita assicurativa, la Contraente e tenuta a comunicare all'impresa stessa l'ammontare complessivo delle persone iscritte negli appositi registri, per singola categoria e sottogruppo, e mettendo tali registri e/o elenchi a disposizione dell'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Il calcolo del premio e dato premio individuale fornito dalla Compagnia aggiudicataria per singola categoria, moltiplicato per il numero dei soggetti iscritti negli appositi registri forniti dalla Contraente.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate e rimborsate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 14 ASPETTATIVA

L'assicurazione è estesa al personale dipendente Categoria A (A1 e A2) che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa volontaria, malattia, infortunio, maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali, ad esempio, part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso con retribuzione ridotta o senza retribuzione.

Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua lorda di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale s'intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO ANTICIPATO

1. Categoria A1 (Dipendenti Coni servizi Spa) RAL erogate nel 2014
 - Dirigenti Euro (RAL media Euro 128.000,00)
 - Non Dirigenti Euro(RAL media Euro 37.000,00)
2. Categoria A2 (dipendenti del Il Foro Italicco di Roma)
 - Non dirigenti Euro(RAL media Euro 32.000,00)
3. Categoria B1 Medici Nr. 35 unità
4. Categoria B2 Paramedici Nr. 5 unità
5. Categoria C Nr. 95 unità
(Membri Giunta e Consiglio Nazionale, CDA CONI Servizi e CDA Il Foro Italicco di Roma)
6. Categoria D1 Nr. 1.400 unità
(Presidenti e Segretari sul territorio)
7. Categoria D2 Nr. 900 unità
(Staff e Fiduciari)

Art. 1 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i soggetti a vario titolo iscritti e/o partecipanti, alle attività e manifestazioni di sportive, promozionali, ricreative o culturali, corsi teorici e pratici organizzate dalle strutture periferiche del Coni, ovvero a titolo esemplificativo e non limitativo:

- Giochi Sportivi Studenteschi,
- Alfabetizzazione Motoria Giocosport,
- Nuovi Giochi della Gioventù,
- Centri Giovanili CONI
- Educamp

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso private subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente)/scuola sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara o allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b) durante le trasferte per gare e/o ritiri fuori sede, il tempo necessaria per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per questa specifica estensione si intende compreso anche il tempo libero durante il ritiro;
- c) il rischio in itinere sarà operante sempre che alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Art. 2 Invalidità permanente- franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'art.8 della Sezione Infortuni) **non supera il 5%**.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore all'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente di detta percentuale di invalidità.

Art. 3 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art. 4 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della percentuale di invalidità permanente, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto l'importo massimo di 1.200,00 Euro.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

Beneficio speciale in caso di morte dell'assicurato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un assicurato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanta beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art.20 lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 2.600,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitaria

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 2.600,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 32 lett. c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto allo stesso l'importo aggiuntivo di € 300,00.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 32 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, verrà corrisposto all'assicurato l'importo aggiuntivo di € 300,00.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 32 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto allo stesso l'importo aggiuntivo di € 300,00.

Epatite virale

Se l'Assicurato contrae durante e a causa dell'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente, l'epatite virale, l'Assicuratore liquiderà allo stesso una diaria giornaliera per il periodo di durata della malattia di € 55,00 per un massimo di 120 giorni.

Danno estetico

Si conviene che la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 5 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 14 anni

Art. 6 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, e l'atto di iscrizione al programma e/o attività sportiva dei soggetti di cui all'art. 1 della presente sub sezione B).

SEZIONE SOMME ASSICURATE

- Caso Morte Euro 80.000,00
- Caso Invalidità Permanente Euro 80.000,00

SEZIONE PREMI

Il premio versato sarà considerato come premio forfettario a prescindere dal numero dei partecipanti assicurati oggetto dell'assicurazione.

ALLEGATO A

Grandi Interventi

Allegato ELENCO INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo- cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Eucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

TORACE

- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno

PERITONEO

- Intervento di esportazione di tumori retroperitoneali

STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica

COLON - RETTO

- Eemicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- Resezione rettocolica con anastomosi colo- anale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo- anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino- perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi bilio- digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione
- anastomosi porto- cava
- anastomosi spleno- renale
- anastomosi mesenterico- cava b)

interventi di devascularizzazione

- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago- gastrica

PANCREAS - MILZA - SURRENE

- Duodenocefalo- pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato- Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo- mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito- zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcatetere
- Angioplastica coronarica
- By- pass aorto- coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia

- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa Essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
- Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrolitotrixxia percutanea (PVL)
- Litotrixxia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Plastiche per incontinenza femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Creazione di vagina artificiale
- Exenteratio pelvica
- Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomia per via laparoscopica

CHIRURGIA OCULISTICA

- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Cerchiaggio per distacco di retina

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare

- Asportazione tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomie parziali verticali
- Laringectomia e faringolaringectomia totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto e l'espianto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).
