

POLIZZA RIMBORSO SPESE DI CURA**A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO**

La presente polizza è stipulata tra la Contraente

AUTORITA' DI SISTEMA PORTUALE DEL MARE LIGURE OCCIDENTALE
Via della Mercanzia n. 2 - 16124 Genova (GE)
C.F / P. IVA: 02443880998
N. CIG

e la Compagnia di Assicurazione

	Nome	
	Via/Piazza	
	C.F / P. IVA	
	

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del	30.09.2023
alle ore 24.00 del	30.09.2024

PREMESSA:

Il presente capitolato è stato predisposto per la copertura dei dipendenti della Autorità di Sistema Portuale del Mar Ligure Occidentale che hanno già in essere una polizza sanitaria fornita attraverso la Cassa Sanitaria CASSAGEST (tramite UNISALUTE S.p.A. e AIG - Odontonetwork), prevista dal CCNL Porti (di cui si allegano le condizioni).

La presente copertura pertanto è integrativa della predetta polizza base per i dipendenti e dovrà comprendere il nucleo familiare come *infra* definito.

Il presente contratto non è soggetto a tacito rinnovo ai sensi dell'art. 23 della Legge 62/2005

DEFINIZIONI

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Aborto Terapeutico	Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, eseguita nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.
Assistenza infermieristica	Assistenza prestata da personale in possesso di specifica qualifica (diploma di infermiere).
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza. In caso di sottoscrizione della POLIZZA TRAMITE Cassa Assistenza il contraente si intenderà la Cassa.
Assicurato:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Nel caso di polizza stipulata tramite Cassa di Assistenza, l'Assicurato coincide con il "Socio Beneficiario".
Beneficiario:	Il personale dipendente in servizio e relativo nucleo familiare
Centro medico	Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.
Chirurgia bariatrica	Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi). E' detta anche "chirurgia dell'obesità".

Day Hospital	Degenza in istituto di cura senza pernottamento, non comportante intervento chirurgico, con redazione di cartella clinica completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. Non è considerato <i>Day hospital</i> la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso
Difetti fisici	La mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o <i>day hospital/day surgery</i> , corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il <i>day hospital/day surgery</i> stesso.
Intervento chirurgico	Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, effettuato tramite una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa
Intervento chirurgico ambulatoriale	Intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.
Persone fiscalmente a carico:	Le persone per le quali il dipendente ha diritto a detrazioni fiscali
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno espressa in cifra fissa che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
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 dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O).

Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite
Malattia:	Ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
Nucleo familiare	Il coniuge (fiscalmente a carico e non) se non legalmente separato; il convivente <i>more uxorio</i> , definendo per tale il convivente non coniugato del dipendente che abbia la stessa residenza; i figli fiscalmente a carico anche se non conviventi; i figli fiscalmente non a carico purché conviventi (fino al 26° anno di età)
Istituto di cura:	Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza o di lungodegenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche, estetiche e di benessere. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più il miglioramento delle condizioni di salute con trattamenti medici finalizzati al trattamento della patologia principale e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento
Evento:	<p>Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero (ad eccezione per i ricoveri ravvicinati non oltre i 20 giorni e 120 giorni per le neoplasie per stessa patologia sono considerati unico evento), <i>day hospital/day surgery</i> o intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, <i>day hospital/day surgery</i> o l'intervento chirurgico ambulatoriale</p> <p>Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata</p>
Ricovero:	La degenza, anche diurna (<i>day hospital</i>), in istituto di cura, nazionale od estero, regolarmente autorizzato alla erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Ricovero in forma diretta:	Modalità di liquidazione della prestazione da parte della società all'Istituto di Cura appartenente all'elenco delle

	strutture convenzionate, preventivamente autorizzate dalla Struttura Operativa, senza preventivo esborso di denaro da parte dell'assicurato, ad eccezione di prestazioni non autorizzate e limiti previsti dalla propria copertura assicurativa.
Ricovero in forma indiretta:	Modalità di liquidazione della prestazione da parte di SOCIETÀ con rimborso all'Assicurato
Gessatura:	Mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiologicamente accertata.
IVASS	Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° Gennaio 2013
Termini di carenza	Il periodo successivo alla data d'effetto dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.
Trattamenti fisioterapici	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 copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.
Visita specialistica	Visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di <i>routine</i>
Società di Assistenza (eventuale)	
Massimale	La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la SOCIETÀ presta la garanzia. Qualora non diversamente indicato in polizza, si intende applicato per nucleo familiare

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE Art. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano 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 C.C.).

Art. 2 PROVA E MODIFICHE DEL CONTRATTO

Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale dell'impresa assicuratrice che concede la copertura assicurativa.

E' convenuto che le garanzie e le condizioni di polizza possono essere modificate nel corso del periodo di efficacia del contratto, su richiesta dell'Amministrazione contraente (che provvederà a richiedere idonea quotazione per la ulteriore garanzia) e dietro pagamento del relativo premio.

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 3 DURATA DELL' ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

L'assicurazione ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio di polizza.

E' facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 (sei) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga. I limiti d'indennizzo, scoperti, franchigie ed eventuali altre limitazioni annuali, potranno essere proporzionalmente riparametrate in base alla durata della proroga previo accordo fra le parti intercorsi al momento della richiesta di proroga.

E' comunque nella facoltà della Contraente/Socio ordinario disdettare la presente assicurazione, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (P.E.C.) da inviarsi con un preavviso di almeno 4 (quattro) mesi.

Art. 4 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA- TERMINI DI ASPETTATIVA

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza.

Il contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive entro il 60° giorno dalla scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte del contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalla ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la società dà atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 5 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, 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 C.C.

Art. 6 VARIAZIONI DI RISCHIO

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione di non accettazione delle nuove condizioni, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla data di comunicazione fatta dal Contraente.

A parziale deroga dell'art. "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" - l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 7 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono esser fatte con lettera raccomandata, telex, fax, posta elettronica, posta elettronica certificata, o altro mezzo idoneo, indirizzate all'agenzia a cui è stato affidato il contratto o alla sede legale della Compagnia.

Art. 8 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare alla 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 richiedere 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. 9 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs 28/2010 ss.mm.ii.

Art. 10 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato dalla polizza valgono le norme di Legge.

Art. 12 ELEZIONE DI DOMICILIO

La società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 13 COASSICURAZIONE E DELEGA (OPERATIVA NEL SOLO CASO DI COASSICURAZIONE EX ART. 1911 C.C)

Qualora la polizza risulti ripartita tra diverse Società Coassicuratrici, la sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società Coassicuratrici, indicate in polizza o appendice, a firmare anche in loro nome per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione o Agenzia della Società Delegataria sul Documento di Assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido 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.

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, nessuna esclusa, s'intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici, ivi comprese citazioni e notificazioni di carattere processuale. La Società

Delegataria è incaricata dalle Società Coassicuratrici dell'intera gestione della polizza di assicurazione, ivi compresi, ad esempio, l'esazione dell'intero premio, il rilascio quietanze, la liquidazione ed il pagamento dei danni. Si dà e si prende atto che non vi è responsabilità solidale tra le Società Coassicuratrici.

Art. 14 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società appaltatrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP. – CIG/CUP.

Qualora la Società non assolvere agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

L'Ente Contraente verifica in occasione di ogni pagamento alla Società con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 15 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che sarà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 16 VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione vale nel mondo intero ad eccezione di quanto definito all'art. 31 della Sezione Assistenza.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 17 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato, o il Contraente, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa.

Art. 18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo è effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 20 giorni (120 giorni per le sole neoplasie) l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza l'eventuale franchigia contrattualmente prevista andrà applicata una sola volta.

Art. 19 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, a norma e nei limiti delle Norme di Assicurazione, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nella località scelta consensualmente tra le Parti; in caso di disaccordo il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Le Parti rinunciano fin d'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. 20. OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro i 30 giorni successivi ad ogni scadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nome della controparte, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso dal contratto dopo ogni denuncia di sinistro", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

PRESTAZIONI BASE valide per il dipendente e il suo nucleo familiare come definito

Art. 21 SPESE DI CURA PER RICOVERI O INTERVENTI CHIRURGICI SENZA RICOVERO

Nei casi di:

-RICOVERO - CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO – *DAY HOSPITAL/DAY SURGERY*, RESI NECESSARI DA MALATTIA O INFORTUNIO

-INTERVENTO CHIRURGICO SENZA RICOVERO RESO NECESSARIO DA MALATTIA O INFORTUNIO -PARTO O ABORTO TERAPEUTICO.

LA SOCIETÀ RIMBORSA FINO ALLA CONCORRENZA DEL MASSIMALE INDICATO IN POLIZZA PER NUCLEO ED ANNO ASSICURATIVO LE SPESE SOSTENUTE PRIMA, DURANTE E DOPO IL PERIODO DI RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, *DAY HOSPITAL/DAY SURGERY* O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE COME DI SEGUITO DESCRITTO.

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato:

A) prima del ricovero del *day hospital/ day surgery* o intervento chirurgico ambulatoriale per: 1) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, la data del *day hospital/day surgery* o dell'intervento chirurgico ambulatoriale (nei limiti indicati nella polizza) purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo ricovero o intervento chirurgico.

2) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero

B) durante il ricovero, *day hospital/day surgery* o l'intervento chirurgico ambulatoriale per:

1. onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
2. assistenza medica, infermieristiche cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali visite specialistiche, esami strumentali, esami ed analisi di laboratorio accertamenti diagnostici (compresi onorari medici);
3. rette di degenza fino alla concorrenza di 300 euro al giorno e di 150 euro in caso di *day hospital* (non sono mai ricomprese le spese voluttuarie);
4. rette per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore fino alla concorrenza di 100 euro al giorno per un massimo di 40 giorni; se fuori Istituto 30 euro al giorno per massimo 30 giorni.
5. prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
6. trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro
7. neonati e feto: - in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, le spese fino a concorrenza di euro 30.000,00 per interventi chirurgici, trattamenti terapeutici e visite mediche specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di ricovero ai neonati nei primi 60 giorni di vita resi necessari da malattia anche congenita e/o malformazioni, difetti fisici, o da infortunio;
8. interventi chirurgici sul feto.

In relazione ai punti 2 e 3 della lett. B sopraindicati resta inteso che, in caso di "day hospital", la Società non rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, analisi cliniche, esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici, nonché per le relative rette di degenza.

C) successivamente al ricovero, al *day hospital/day surgery* o intervento chirurgico ambulatoriale per:

- trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitariamente attrezzato idoneo secondo la gravità del caso per il rientro al domicilio al momento della dimissione
- esami clinico-strumentali di laboratorio accertamenti diagnostici (compreso onorari medici)
- acquisto di medicinali (compresi quelli omeopatici)
- prestazioni mediche, chirurgiche,
- prestazioni infermieristiche
- trattamenti fisioterapici o rieducativi
- cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)
(Si precisa che i trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le cure termali verranno rimborsate in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico o *day surgery* o intervento chirurgico ambulatoriale)
- l'acquisto o il noleggio fino ad un massimo di 550 euro per anno assicurativo purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero o l'intervento chirurgico:
- di stampelle, carrozzine, corsetti tutori, materasso antidecubito
- di apparecchi protesici (comprese protesi acustiche escluse occhiali e lenti a contatto) di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche
- di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista

Quanto sopra effettuati nei 120 giorni successivi alla data di cessazione del ricovero (o alla data del *day surgery* o dell'intervento chirurgico ambulatoriale).

I ticket per le prestazioni riportate ai punti A e C (prima e successivamente al ricovero), se sopportate dall'assicurato, vengono rimborsati integralmente, salvo quanto previsto all'Art. 23 Esclusioni.

Esclusivamente per il dipendente sarà applicata una franchigia fissa di euro 5.000,00 annua per tutte le prestazioni indicate al punto C, ad eccezione delle visite specialistiche, degli accertamenti diagnostici e delle prestazioni *pre e post* ricovero previste ai punti A e C in caso di intervento chirurgico ambulatoriale. Inoltre, la franchigia di euro 5.000 per il dipendente non verrà applicata alle spese per i trattamenti fisioterapici rieducativi eseguiti

nei 120 giorni successivi alla data delle dimissioni dal ricovero effettuato esclusivamente per malattia e fino al limite di 1.000€ (mille) annuo per dipendente

Per le prestazioni riportate nei commi A e C (*pre e post* ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale) se sopportate dall'Assicurato sino alla concorrenza di euro 2000,00 (ivi compresi ticket sanitari), che costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo. Il rimborso di quanto previsto, ad eccezione dei *ticket* sanitari che verranno rimborsati integralmente, viene effettuato sotto prescrizione medica fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 50 euro, per ogni evento.

D) Indennità Sostitutiva

Qualora il costo del ricovero rimanga totalmente a carico del S.S.N., la Società corrisponde: - per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 120 giorni per anno assicurativo e per nucleo, un'indennità sostitutiva di 100 euro che si intende ridotta al 50% in caso di *day hospital* (il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati una sola giornata).

Art. 22 Limiti di indennizzo

Per l'insieme delle prestazioni garantite dal precedente art. 21 il massimale è 1.000.000 euro (un milione) annuo per nucleo, con l'intesa che è operante il limite di indennizzo per evento:

di euro 3.100 per parto senza taglio cesareo;

di euro 6.500 per parto con taglio cesareo, ernie (escluse le discali), appendiciti, varici ed emorroidi; di euro 12.000 per ernie discali.

Relativamente ad ernie appendici, varici ed emorroidi i predetti limiti non valgono se le prestazioni sopraindicate vengono svolte in istituti convenzionati.

Limitatamente al parto non cesareo e per il parto cesareo saranno rimborsate tutte le prestazioni previste durante il ricovero previste ai punti 1, 2, 3, 4, e 7 e la garanzia di trasporto prima e dopo il ricovero.

La copertura è estesa all'intervento chirurgico per miopia, astigmatismo ed ipermetropia purché conseguente ad una riduzione del *visus* di almeno 4 diottrie nel limite di euro 1500 per occhio (senza applicazione di franchigie e scoperti).

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese previste sarà effettuato senza franchigia per il beneficiario dipendente (salvo quanto indicato al penultimo capoverso del punto C dell'art. 21), mentre, per le altre persone costituenti il nucleo di famiglia come definito, verrà effettuato con la detrazione di una franchigia di euro 516,00 per ogni prestazione di cui all'art. 21 punti A, B e C se il ricovero è avvenuto in cliniche non convenzionate. Resta inteso che se il ricovero è avvenuto in cliniche convenzionate, non sarà applicata la franchigia.

Art. 23 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante:

- a) per la cura di intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- b) per la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, loro conseguenze e complicanze cure relative a psicoterapia o altre prestazioni terapeutiche per la cura della depressione, stati d'ansia e disturbi mentali ivi compresi quelli comportamentali riconosciuti dal DSM V (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*) e i disturbi legati all'identità sessuale
- c) per l'aborto volontario non terapeutico;
- d) per le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di malformazioni malattie e difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza (salvo malformazioni e difetti fisici di cui l'Assicurato sia portatore inconscio).
- e) per le prestazioni sanitarie, le cure fitoterapiche, idropiniche e termali in genere salvo quanto indicato al punto C dell'art 21, dietetiche trattamenti terapeutici di agopuntura salvo quelli effettuati da personale medico; nonché per tutte le applicazioni e gli interventi di carattere estetici con, salvo gli interventi a scopo ricostruttivo:
 - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;

- a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- per neonati, che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- f) per le visite odontoiatriche ed ortodontiche e per le cure dentarie e delle paradontopatie, quando non siano rese necessarie da infortunio; per le protesi dentarie in ogni caso;
- g) per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, apparecchi acustici salvo endoprotesi e apparecchi terapeutici previsti all'art. 21 lettera "C";
- h) per gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (sono compresi, invece, quelli derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
- i) per le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) per gli infortuni causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni assunti non scopo terapeutico;
- k) per gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche;
- l) per le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche; per le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- m) per le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- n) per la cura dell'infertilità sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e impotenza;
- o) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove;
- p) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio della professione nonché di medicina sperimentale
- q) le spese non inerenti la cura o l'intervento, quali telefonate, televisione e bar;
- r) le degenze dovute alla necessità dell'assicurato dopo essere diventato permanentemente non più autosufficiente agli atti elementari della vita quotidiana quando i ricoveri e le degenze siano resi necessari da misure di carattere assistenziale /fisioterapico di mantenimento
- s) le spese relative a prestazioni di *routine* e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatria di *routine*; le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie per familiarità.
- t) disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40).

L'assicurazione non è operante durante **il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo**, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

Art. 24 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita, (AIDS), i soggetti sieropositivi, nonché le persone affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 25 LIMITI DI ETÀ

Di comune accordo tra le Parti si precisa che le garanzie prestate si intendono cessate alla scadenza annua successiva al compimento del 70°anno di età, relativamente a tale persona. Nel contratto non sono previste termini di aspettativa e risultano incluse tutte le patologie pregresse dei soci beneficiari e relativo nucleo.

Art. 26 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'Art. 1916 C.C.

PRESTAZIONE AGGIUNTIVE

Art. 27 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Le prestazioni del presente articolo valgono esclusivamente per il nucleo del dipendente, come indicato dalle "definizioni".

Per il dipendente la presente sezione non è operante salvo quanto sotto espressamente indicato.

Prestazioni ad alta specializzazione

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni ad alta specializzazione rese necessarie da malattia o infortunio, di seguito elencate:

- Angiografia (flebografia, arteriografia, angiopneumografia, linfografia, coronarografia o cateterismo cardiaco)
- Broncoscopia o Fibrobroncoscopia
- Cistoscopia
- Cistometria o cistografia
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (CPRE)
- Colangiografia intravenosa, Colangiografia percutanea, Colangiografia trans-Kehr
- Dermatoscopia digitale (Epiluminescenza digitale)
- Ecocardiografia (Ecocardiodoppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler)
- Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler)
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG)
- Elettromiografia (EMG) o Elettroencefalografia (ENG)
- Elettronistagmografia
- Fluorangiografia oculare
- Laparoscopia, Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia - Mielografia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.)
- Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio)
- Polisonnografia
- Risonanza Magnetica (R.M.)
- Scintigrafia
- SPECT (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- Stroboscopia laringea digitale
- Studio urodinamico
- Test del respiro
- Test Ergometrico o test da sforzo cardiaco
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Computerizzata (T.C.)
- EEG mapping
- immunoterapia
- urografia

a) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie

Per tutte queste prestazioni, la garanzia è prestata fino alla **concorrenza di euro 2000 (duemila)**, ivi compresi i ticket sanitari, che costituisce il massimo rimborso per nucleo per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo. Il rimborso di quanto previsto al presente articolo, ad eccezione dei ticket sanitari che saranno rimborsati integralmente, è effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% a carico dell'Assicurato con il minimo di 50 euro, per ogni serie di accertamenti diagnostici o per ogni ciclo di trattamenti. Lo scoperto si riduce al 10% con il minimo di 25 euro, se le prestazioni sono effettuate in centri convenzionati.

Art. 28. SPESE DI CURA DOMICILIARI AMBULATORIALI

Prestazioni sanitarie domiciliari o ambulatoriali non rientranti nelle prestazioni di cui ai precedenti articoli.

La Società rimborsa le spese sostenute dal beneficiario per:

- 1) onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio prescritte dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia prescritta
- 2) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio resi necessari da malattia o infortunio prescritti dal medico curante o da specialista la cui specialità sia congrua con la patologia certificata
- 3) trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da malattia o infortunio;
- 4) cure dentarie e paradontopatie rese necessarie da infortunio escluse in ogni caso le protesi dentarie, entro l'importo di euro 800 (ottocento) che costituisce il massimo rimborso per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Per tutte queste prestazioni la garanzia è prestata fino alla concorrenza di euro 1200 (milleduecento) che costituisce il massimo rimborso per nucleo familiare come sopra inteso ed anno assicurativo. Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza di dell'80% delle spese effettivamente sostenute restando il rimanente 20% a carico dell'assicurato, con il minimo di euro 40 euro per

- ogni vista medica di cui al punto 1;
- ogni serie di accertamenti diagnostici di cui al punto 2 previsti in un'unica prescrizione;
- ogni ciclo di trattamento o cura di cui ai precedenti punti 3) e 4).

Esclusivamente per le prestazioni previste ai punti 1 *“onorari relativi a visite mediche rese necessarie da malattia o infortunio prescritte dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia prescritta”*, al punto 2 *“gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio resi necessari da malattia o infortunio”* ed al punto 3 *“trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da malattia o infortuni”*, il beneficiario si intende anche il dipendente e per tali prestazioni il limite annuo di esborso a favore esclusivamente del dipendente, è pari a 600 euro (seicento) annuo che costituisce sublimite del massimale del presente articolo ed a condizione che il massimale previsto dalla polizza base (Cassagest/Unisalute) per la medesima prestazione sia esaurito — con onere della prova del pagamento da parte di quest'ultima a carico del dipendente stesso —, ferme le franchigie e gli scoperti previsti nell'art. 28 stesso.

Il limite sopradetto si intende ridotto a euro 200,00 in caso di trattamenti fisioterapici da infortuni in assenza di certificato di Pronto Soccorso, ma con certificato di medico specialista congruo alla patologia prescritta ed in tal caso, la condizione sospensiva dell'esaurimento del massimale previsto dalla polizza base (Cassagest/Unisalute) per i trattamenti fisioterapici rieducativi resi necessari da infortuni si intende non applicabile.

Art. 29. ESTENSIONE AGLI ALTRI FAMILIARI DEL PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO

Di comune accordo tra le Parti si precisa che è facoltà di ciascun dipendente in servizio, richiedere l'operatività delle garanzie prestate dalla polizza anche per le persone risultanti dallo stato famiglia che non siano fiscalmente a suo carico (ciò ad integrazione della DEFINIZIONE DI NUCLEO FAMILIARE).

La garanzia si renderà operativa dalle ore 24.00 della data di avvenuta comunicazione (nel rispetto di quanto previsto dal paragrafo “comunicazioni”), avrà efficacia nel rispetto dei termini di aspettativa di cui all'art. 4.

L'inserimento che può essere effettuato solo entro il primo mese dalla stipula della polizza, dei suddetti componenti del nucleo familiare, non modificherà le condizioni e i limiti contenuti in polizza.

Art. 30. INSERIMENTI IN COPERTURA IN CORSO DI CONTRATTO – REGOLAZIONE PREMI

Di comune accordo tra le Parti si precisa che il Contraente dovrà comunicare mensilmente alla Società tutte le variazioni rispetto alla situazione iniziale dei Beneficiari assicurati.

Ciò permetterà

1. il riconoscimento della copertura assicurativa da parte della Società Assicurativa
2. l'emissione delle appendici di conguaglio da parte della medesima Società che provvederà ad emetterle in forma semestrale.

Relativamente alla cessazione del rapporto di lavoro da parte del Beneficiario con il Contraente, si precisa che la garanzia per ciascun Beneficiario cessa dalle ore 24.00 della stessa data, ad eccezione dei casi di

- * prepensionamento
- * quiescenza

per i quali la garanzia cessa alla prima scadenza annua successiva.

Nel caso di morte del Beneficiario, la garanzia per i componenti del nucleo familiare assicurato cessa alla prima scadenza annua successiva.

Per quanto precede si prende atto tra le Parti che il premio annuo anticipato dovrà ritenersi acquisito dalla Società, ad eccezione di quello di pertinenza di coloro che cessano dal rapporto di lavoro con il Contraente per motivi diversi dal prepensionamento, quiescenza e morte, per i quali il premio annuo imponibile verrà restituito per il periodo non goduto. È inoltre convenuto che:

- è possibile introdurre garanzie ulteriori o variazioni delle stesse in corso di annualità, previa richiesta di apposita quotazione da parte della Amministrazione contraente e relativo pagamento del premio, con emissione di conseguente appendice;
- è possibile effettuare variazioni nell'elenco degli assicurati nel corso dell'annualità. Sono ammessi altresì inserimenti di nuovi componenti dello stato famiglia tramite autocertificazione scritta da inviare alla Società anche in corso di annualità.

ART 30bis: PROCEDURA FASI (facoltativa)

Ad integrazione di quanto previsto in polizza, di comune accordo tra le Parti si conviene che, nel caso in cui venga richiesta l'attivazione di formula integrativa al FASI, si intende operante la seguente disciplina: **Formula Integrativa FASI**. L'assicurazione si intende operante in secondo rischio ad integrazione dei *plafond* previsti dal Tariffario/Regolamento del FASI - Fondo operante in primo rischio.

Si conviene, pertanto, che le garanzie previste dal presente contratto si intendono prestate esclusivamente per il rimborso delle spese mediche sostenute in eccedenza a quanto previsto dal suindicato Tariffario/Regolamento in vigore alla data del sinistro e limitatamente alle garanzie e condizioni previste dal presente contratto, restando convenuto che, qualora

- le richieste di rimborso rientranti nelle prestazioni previste dal predetto Fondo dovessero venire dagli stessi respinte totalmente o parzialmente, per inadempienza da parte dell'assistito a norma dello Statuto/Regolamento e/o altre disposizioni proprie, oppure qualora l'Assicurato non provveda ad inoltrare richiesta di indennizzo al Fondo, le somme corrispondenti al mancato rimborso da parte del Fondo rimarranno comunque a carico dell'Assicurato.
- Le richieste di rimborso rientranti nelle prestazioni previste dal predetto Fondo dovessero venire prodotte da Assicurati non assistiti o non più assistiti dal Fondo stesso, il rimborso da parte della Società delle spese sostenute verrà effettuato previa detrazione di uno scoperto del 30%, fermi i limiti stabiliti per singola garanzia.

Le richieste di rimborso siano riferite a prestazioni non previste dal predetto Fondo, ma siano indennizzabili a termini del presente contratto, la Società darà corso al rimborso previa detrazione di uno scoperto del 30%, fermi i limiti stabiliti per singola garanzia.

Fermo quanto sopra indicato, gli scoperti e/o franchigie previsti agli artt. 24 – “Franchigia”, 29– “Prestazioni aggiuntive” e 30 – “Spese di cura domiciliari ambulatoriali” non trovano applicazione.

L'Assicurato, dopo aver ottenuto la liquidazione da parte del Fondo operante in primo rischio, deve inviare alla Società la seguente documentazione, unitamente ad attestazione rilasciata dal Fondo relativa all'importo dallo stesso corrisposto: denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica conforme all'originale (in caso di ricovero) e da copia dei certificati medici di prescrizione riportanti l'indicazione della patologia accertata o del sospetto diagnostico (in caso di prestazioni extra ricovero), nonché copia della documentazione di spesa debitamente quietanzata.

NORME CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Art. 31: OGGETTO DELLE PRESTAZIONI

La Società presta il servizio di assistenza alle persone assicurate nei casi di malattia od infortunio, ferme restando la decorrenza della garanzia di cui all'art. 4 e le esclusioni previste dall'art. 23 e dei limiti di età di cui all'Art 25.

Il servizio di assistenza garantisce le seguenti prestazioni:

a) Consulti medici telefonici, invio del medico, invio dell'ambulanza

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico della Compagnia, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire.

Inoltre, qualora, in seguito al primo contatto telefonico, il servizio medico della Compagnia giudicasse indispensabile una visita medica accurata, e sempreché non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, la Società potrà provvedere gratuitamente a:

- inviare un suo medico convenzionato al capezzale del paziente, oppure
 - far trasportare l'Assicurato presso il più vicino centro di pronto soccorso tramite ambulanza secondo la gravità del caso.
- La Centrale non potrà sostituirsi agli Organi ufficiali di Soccorso né assumersi le eventuali spese.

b) Informazione su sanità

L'Assicurato, o in sua vece un familiare o il medico curante, può contattare telefonicamente la Centrale Operativa richiedendo informazioni, aventi carattere indicativo e di primo indirizzo, relative a:

- la sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).
- informazioni sanitarie specifiche del Paese estero di destinazione richiesto (documentazione sanitaria, profilassi e vaccinazioni, farmaci utili in viaggio, clima, servizi sanitari in loco, etc.).
- Il servizio verrà erogato entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta.

La prestazione "Informazioni sulla sanità" è valida dall'Italia e dall'estero

c) Trasporto Sanitario

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato risulti affetto da una patologia che, previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Compagnia Assicurativa e d'intesa con il medico curante, richieda un mezzo sanitariamente attrezzato (aereo sanitario speciale, ambulanza, ecc.) per il:

- a) trasferimento all'istituto di cura, al momento del ricovero;
- b) trasferimento dall'istituto di cura ad un altro;
- c) rientro al domicilio, al momento della dimissione;

il trasporto sarà effettuato con i mezzi più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale operativa:

- i. aereo sanitario;
- ii. aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- iii. treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- iv. autoambulanza, senza limiti di chilometraggio

La Compagnia Assicurativa, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà a proprio carico, entro un limite di spesa pari a euro 2500,00 per l'insieme delle prestazioni di cui sopra relative a ciascun ricovero, ad organizzare ed effettuare il trasporto sanitario tramite il mezzo giudicato più idoneo secondo la gravità del caso.

Garanzia valida in Italia e all'estero.

d) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui al precedente punto "c", la Compagnia, se richiesta, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

Nel caso in cui per l'Assicurato risulti operante la garanzia di cui all'art. **21 LETT B** terrà a proprio carico, entro i limiti e le condizioni della presente polizza, le spese di soggiorno con esclusione comunque delle spese di viaggio.

e) Organizzazione assistenza domiciliare

- Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione di assistenza domiciliare, la Centrale Operativa fornirà informazioni riguardo la ricerca di figure professionali o strutture come:

- *baby-sitter*;
- *dog sitter*;
- badante;
- collaboratrice domestica;
- infermiere; • fisioterapista; • autista.

Resta inteso che l'organizzazione degli appuntamenti (e delle eventuali disdette) rimane in capo all'Assicurato e che tutte le spese relative alla prestazione richiesta sono a totale carico dell'Assicurato.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

La prestazione "Organizzazione assistenza domiciliare" è **valida esclusivamente in Italia**.

f) Messa a disposizione di un infermiere

Nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta all'Assicurato stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una terapia a domicilio (o presso il luogo dove soggiorna), per la quale necessiti la presenza di un infermiere, la Compagnia provvederà a reperirlo.

L'Assicurato dovrà usufruire della prestazione entro e non oltre i 7 giorni successivi alla sua dimissione dal luogo di cura. La prestazione "Organizzazione assistenza domiciliare" è valida esclusivamente in Italia.

g) Anticipo delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere sostenute all'estero

Nei limiti di un massimale di euro 2500, può anticipare all'Assicurato, in caso di ricovero all'estero per malattia od infortunio, la somma necessaria al pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche ed ospedaliere.

Nel caso in cui l'importo versato dalla Compagnia superi il massimale assicurato disponibile ovvero in caso di evento non indennizzabile a termini delle Norme di Assicurazione, tale somma, o la parte di essa eccedente il massimale assicurato disponibile, dovrà essere rimborsata entro tre mesi dalla messa a disposizione.

h) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un preparato di fabbricazione italiana ed irreperibile nello stato estero nel quale si trova, la Compagnia Assicurativa, scegliendo la soluzione di maggior rapidità provvederà a:

- reperire, tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale il farmaco corrispondente sul posto od in un paese limitrofo, ovvero
- inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

Sono a carico della Compagnia le spese per i medicinali e gli eventuali diritti doganali solo se sostenute in occasione di un ricovero.

i) Rientro anticipato

Nel caso in cui si rendesse indispensabile la presenza dell'Assicurato presso il domicilio in seguito ad una malattia od un infortunio occorso ad un suo familiare, anch'egli assicurato e sempreché sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, la Compagnia metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio (biglietto ferroviario di prima classe o biglietto aereo di classe turistica) dal luogo di soggiorno fino al domicilio.

Art. 32 LIMITI DI ESPOSIZIONE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi: disponibili per ciascun Assicurato e per ogni evento dannoso; al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle assistenze indicate su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui la Compagnia Assicurativa abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare.

In tal caso la Compagnia fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione di cui all'Art. 31 lettera "i" "Rientro anticipato", l'esposizione della Società deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc., che devono pertanto considerarsi a suo carico.

In conseguenza di ciò l'Assicurato dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate.

In difetto, l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme a.....

..Le eventuali spese sostenute, sempreché autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

Art. 33 NORME SPECIFICHE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

A) Delimitazioni - Esclusioni

Fermo quanto già previsto all'art. 23, sono escluse:

1)- atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il decimo giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);

- a. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- b. sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- c. dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- d. abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- e. infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- f. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- g. ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
- h. eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- i. viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società

3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o nel deserto.

B) Richiesta di Assistenza - Prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste, telefonicamente (Numero Verde oppure tel. per chiamate dall'estero) o via *e-mail* nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre tre giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie, direttamente a alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Qualora pertanto l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Qualsiasi diritto nei confronti della Compagnia, derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

C) Responsabilità

La Compagnia non potrà in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

D) Comunicazioni - Variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata o P.E.C., salvo quanto previsto al precedente punto "B".

RIEPILOGO MASSIMALI, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIE	FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO
Oggetto	Rimborso spese in caso di ricovero in Istituto

Dipendente e famigliari	reso necessario da malattia e/o infortunio, compreso intervento chirurgico ambulatoriale Massimale di euro 1.000.000 con i limiti di rimborso: per spese degenza fino a 300 euro al giorno per <i>day hospital</i> fino a 150 euro Intervento su feto fino a 30.000 euro
Diaria alternativa	In caso di ricovero in ospedale diaria alternativa: 100 euro per massimo 120 giorni con o senza intervento chirurgico Per <i>day hospital</i> : 50 % diaria alternativa
Accompagnatore	Vitto e pernottamento limite di 100 euro al giorno per massimo 40 giorni in istituto, se fuori istituto 30 euro al dì per massimo 30 giorni
Donatore	Comprese spese per donatore
Protesi	Protesi applicate nell'intervento senza limiti
Trasporto sanitario	Da casa a istituto e viceversa da istituto ad istituto in ambulanza o aereo attrezzato sanitariamente con il limite del massimale base (un milione); se con centrale di assistenza limite di 3000 euro
Prima del ricovero dopo	Spese sostenute nei 120 giorni prima del ricovero Spese sostenute nei 120 giorni dopo il ricovero, senza scoperto e franchigia. Ticket pagati integralmente, salvo quanto indicato nell'art 21 per il solo dipendente (franchigia) ed eccezioni per il dipendente , senza limiti per visite specialiste ed accertamenti diagnostici pre e post spese a seguito intervento chirurgico ambulatoriale con limite a 1000€ annuo dipendente per trattamenti fisioterapici rieducati a seguito di ricovero esclusivamente per malattia
Massimale	1.000.000 euro
Limiti al massimale	Parto senza taglio cesareo: 3.100 euro Parto con taglio cesareo, ernie (escluse le discali), appendiciti, varici ed emorroidi: euro 6.500 per evento; ernie discali: euro 12.000. Chirurgia refrattiva euro 1500 per occhio (senza applicazione di franchigie e scoperti)
Franchigia	Cliniche convenzionate senza franchigia Cliniche non convenzionate franchigia: 516 euro solo per familiare
Alta Specializzazione - Ticket sanitari	2.000 euro/anno per nucleo escluso dipendente, salvo quanto derogato scoperto 10% minimo 25 euro con istituti convenzionati Scoperto 20% minimo di 50 euro con istituti non convenzionati Ticket rimborsati integralmente

Domiciliari ambulatoriali compresi trattamenti fisioterapici rieducativi per malattia ed infortuni- Ticket sanitari	1200 euro anno nucleo, escluso dipendente salvo accertamenti diagnostici Scoperto 20% minimo di 40 euro e col limite di euro 516 per cure dentarie da infortunio <i>Ticket pagati interamente</i> <i>600 euro esclusivi per dipendente ad esaurimento massimale previsto in Cassagest/Unisalute per visite specialistiche, esami laboratorio e trattamenti fisioterapici rieducativi da infortuni e da malattia</i>
Carenze e malattie pregresse	Carenza nessuna, malattie pregresse incluse
Anticipo spese sostenute all'estero	euro 2.500
Territorialità	Mondo
Patologie pregresse	Si
Questionario	No

ART. 34. CALCOLO DEL PREMIO

Di comune accordo tra le parti il premio annuo finito è determinato come segue:

Garanzie/ Assicurati	Premio annuo lordo euro
Dipendente e suo nucleo familiare	Euro ,00

Estensione ad altri famigliari del dipendente prevista dall'art. 29:	Premio annuo lordo pro capite euro
FIGLI NON A CARICO CONVIVENTI OLTRE I 26 ANNI	euro ,00
Altre persone	euro ,00
Dirigente integrativa FACOLTATIVA FASI senza convenzionamento con istituti del circuito di...	euro ,00

Data

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'