

# **CAPITOLATO POLIZZA DI ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE DIPENDENTI E NUCLEI FAMILIARI**

## **LOTTO N. 7**

La presente polizza è stipulata tra

<b>Cassa Assistenza_____ (Contraente)</b>
<b>ITALIA LAVORO SPA (Azienda associata)</b>
<b>VIA GUIDUBALDO DEL MONTE 60</b>
<b>00197 ROMA</b>
<b>P.IVA 05367051009</b>

e

<b>Società Assicuratrice</b>
<b>Agenzia di</b>

Durata del contratto

<b>Dalle ore 24.00 del :</b>	<b>31/12/2016</b>
<b>Alle ore 24.00 del :</b>	<b>31/12/2019</b>

Con scadenze dei periodi di assicurazione  
successivi al primo fissati

<b>Alle ore 24.00 di ogni</b>	<b>31/12</b>
-------------------------------	--------------

**SEZIONE 1 - DEFINIZIONI****Art.1 - Definizioni**

<b>Assicurati :</b>	I dipendenti che non hanno qualifica dirigenziale e il loro nucleo familiare
<b>Assicurazione :</b>	Contratto di assicurazione
<b>Azienda Associata alla Contraente</b>	ITALIA LAVORO
<b>Contraente :</b>	Cassa Assistenza.....per Italia Lavoro SpA
<b>Broker :</b>	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
<b>Day Hospital:</b>	Degenza in istituto o casa di cura in regime esclusivamente diurno, con compilazione di cartella clinica
<b>Franchigia :</b>	parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato
<b>Indennizzo :</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio :</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Istituto di cura :</b>	Struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative
<b>Malattia :</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza è considerata malattia.
<b>Malformazione difetto fisico</b>	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza della garanzia.
<b>Polizza :</b>	Documento che prova l'assicurazione
<b>Contributo :</b>	Somma dovuta dal Contraente alla Società
<b>Ricovero :</b>	Degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura pubblico o privato
<b>Rischio :</b>	Possibilità che si verifichi il sinistro
<b>Scoperto :</b>	Percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato
<b>Sinistro :</b>	Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione
<b>Società :</b>	La compagnia di assicurazione
<b>SSN :</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>Cassa di Assistenza:</b>	la Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
<b>Annualità assicurativa o periodo assicurativo:</b>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.

## **SEZIONE 2 - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI**

### **Art.1 – Oggetto dell'assicurazione**

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni di cui all'Art. 4 -Prestazioni e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dagli Assicurati e rese necessarie da malattia o infortunio.

### **Art.2 – Assicurati**

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti che non hanno qualifica dirigenziale di Italia Lavoro S.p.A., e dei loro rispettivi nuclei familiari, così come identificati all'Art. 3 -Identificazione del nucleo familiare, purché i relativi nominativi vengano segnalati dalla Contraente al momento dell'inclusione in polizza.

### **Art.3 – Identificazione del nucleo familiare**

Ai fini della determinazione del contributo di polizza, costituiscono nucleo familiare del dipendente:

1. Il coniuge fiscalmente a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, oppure il convivente more uxorio anche dello stesso sesso;
2. I figli fiscalmente a carico senza limite di età;
3. Nei termini di cui al precedente punto 2, devono ritenersi compresi anche:
  - I figli naturali legalmente riconosciuti
  - I figli nati dal precedente matrimonio del coniuge
  - I minori legalmente affidati o adottati

Ai fini della determinazione del contributo di polizza, non rientrano nella definizione di nucleo familiare, ma possono essere inseriti in garanzia dietro pagamento dal parte del dipendente del contributo aggiuntivo pattuito, i seguenti familiari, purché risultino conviventi in base allo stato di famiglia:

- A. Il coniuge fiscalmente non a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, oppure il convivente more uxorio anche dello stesso sesso;
- B. I figli fiscalmente non a carico senza limite di età;
- C. Nei termini di cui al precedente punto 2. devono ritenersi compresi anche:
  - I figli naturali legalmente riconosciuti;
  - I figli nati dal precedente matrimonio del coniuge;
  - I minori legalmente affidati o adottati.

### **Art.4 - Prestazioni**

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'annualità assicurativa e qualunque ne sia il numero, il rimborso delle spese nei casi di seguito indicati:

#### **A) Fino alla concorrenza di € 200.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa):**

**A1)** in caso di ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che comporti intervento chirurgico verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati:

1. per gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti l'intervento e ad esso relativi;

2. per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento;
3. per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. per le rette di degenza con il massimo di € 500,00 al giorno. Devono intendersi espressamente escluse le spese non strettamente necessarie quali, ad esempio, quelle relative alla TV, al telefono, ecc.;
5. per il trasporto con ambulanza dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, entro il limite di € 1.000,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa. Tale limite si intende elevato a € 1.500,00 nel caso in cui il trasporto avvenga all'estero, in treno o aereo di linea;
6. per l'acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari entro il limite di € 1.000,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato, accertamenti diagnostici, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, visite specialistiche, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi; prestazioni tutte effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento;
7. per protesi ed endoprotesi applicate al paziente durante l'intervento;
8. relativamente ai casi di parto cesareo, aborto spontaneo o post-traumatico la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 6.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa) per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero;

**A2)** in caso di ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che non comporti intervento chirurgico, verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati:

1. per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero e ad esso relativi;
2. per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero; o per le rette di degenza con un massimo di € 500,00 giornaliere;
3. per il trasporto, con il massimo di € 1.000,00, con ambulanza dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa. Tale limite si intende elevato a € 1.500,00 nel caso in cui il trasporto avvenga all'estero, in treno o aereo di linea;
4. per gli esami, l'acquisto di medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero e ad esso relativi.

#### **B) Day Hospital**

In caso di degenza in istituto o casa di cura autorizzati a erogare prestazioni chirurgiche o terapeutiche in regime esclusivamente diurno (Day Hospital), la Società rimborsa le spese sostenute sulla base di quanto previsto all'art. 4 punti A1) e A2) ovvero con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati. Viene pertanto espressamente escluso dall'indennizzabilità il Day Hospital avvenuto a scopo diagnostico.

#### **C) Parto non cesareo**

Fino alla concorrenza di € 3.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa) in caso di ricovero per parto non cesareo, verrà riconosciuto all'Assicurato il rimborso delle spese mediche sostenute:

- per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero.

#### **FRANCHIGIE E SCOPERTI**

**Per tutte le prestazioni sopra indicate (A1, A2, B, C), saranno applicati i seguenti scoperti e/o franchigie:**

**per prestazioni effettuate nell'ambito delle strutture convenzionate:**

- Applicazione di una franchigia fissa del € 300,00

**per prestazioni effettuate al di fuori delle strutture convenzionate:**

- Applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 300,00 e il massimo di € 5.000,00

**D) Specialistiche Extra ospedaliere**

1. Fino alla concorrenza di € 5.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa) in caso di terapie di alta specializzazione non connessi a ricovero o day hospital, verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute per ciascuna prestazione di seguito specificata a seguito di malattia o infortunio :

- Cobaltoterapia
- Chemioterapia
- Dialisi

2. Fino alla concorrenza di € 3.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa) in caso di terapie e accertamenti diagnostici di alta specializzazione non connessi a ricovero o day hospital, verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute per ciascuna prestazione di seguito specificata a seguito di malattia o infortunio :

- Amniocentesi, Villocentesi e Test Panorama rimborsabili nei seguenti casi: - età della gestante oltre i 35 anni, oppure - familiarità dell'Assicurata con malformazioni genetiche, oppure - anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen)
- Coronarografia ;
- Diagnostica radiologica con o senza mezzo di contrasto (esclusa quella odontoiatrica);
- Doppler;
- Ecocolordoppler;
- Ecografia (con esclusione di quelle effettuate in Gravidanza)
- Ecografia con sonda transviscerale;
- Elettrocardiogramma sotto sforzo;
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia ;
- Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia ;
- Esami istologici;
- Laserterapia (escluso il trattamento chirurgico della miopia);
- MOC;
- Risonanza Magnetica nucleare;
- Medicina Nucleare;
- Scintigrafia;
- TAC
- Telecuore
- Uroflussometria

Il rimborso delle spese per le prestazioni sopra indicate (punto 1 e 2 ) avverrà previa detrazione di scoperto e franchigia, come segue:

- per prestazioni effettuate nell'ambito delle strutture convenzionate: applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 20,00.

- per prestazioni effettuate al di fuori delle strutture convenzionate: applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 30,00.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

Si precisa che in presenza di spese relative ad un unico evento ed in dipendenza del quale gli assicurati usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi alle presenti Specialistiche Extra Ospedaliere e Cure domiciliari e ambulatoriali (lettera E), il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle prestazioni Specialistiche Extra Ospedaliere con applicazione, sull'importo complessivo, degli scoperti previsti dalla garanzia stessa.

#### **E) Cure domiciliari e ambulatoriali**

Fino concorrenza di € 1.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascun annualità assicurativa) sono rimborsabili, le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate (ad eccezione di spese dentarie in genere):

- Onorari medici
- Accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o specialista

Per ogni singolo evento, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

#### **F) Indennità sostitutiva**

Nel caso degli eventi disciplinati ai precedenti punti A1) e A2), se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta una indennità di € 100,00 per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa e nucleo familiare. Nel caso degli eventi disciplinati al precedente punto B), se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta una indennità di € 50,00 per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa e nucleo familiare. La corresponsione di tali indennità deve comunque intendersi alternativa al rimborso delle spese sostenute.

#### **G) Cure al neonato**

Per i nati nel corso di validità del contratto l'assicurazione è operante anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite. I nuovi nati saranno automaticamente inseriti in garanzia anche in assenza di tempestiva comunicazione da parte del Contraente; tale comunicazione dovrà pervenire alla Società entro e non oltre la scadenza annuale del contratto.

#### **H) Anticipi**

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, viene corrisposto, dietro richiesta dell'Assicurato, l'importo versato a tale titolo entro il 60% della somma garantita come massimale, salvo il conguaglio a cure ultimate.

#### **I ) Dentarie da infortunio**

La Società rimborsa, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio. Tale garanzia viene prestata nel limite di € 6.000,00= per nucleo familiare e per annualità assicurativa. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 100,00 per fattura. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate, la Società procederà al rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 200,00 per fattura.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

### **L) Assegno exitus**

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa gli aventi causa delle spese sostenute per il rimpatrio della salma entro il limite del 20% del massimale previsto alla lettera A).

### **M) Ticket**

Si precisa che i ticket saranno rimborsati integralmente, nei limiti dei massimali previsti per le singole garanzie, senza applicazioni di franchigie e scoperti.

## **Art. 5 - Limiti alle prestazioni**

Sono esclusi dall'assicurazione:

- Gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ovvero ad uso non terapeutico.
- Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- Gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti nonché da voli effettuati in qualità di pilota o membro dell'equipaggio dell'aeromobile.
- Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico demolitivo conseguente a neoplasia), le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza del contratto.
- Le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie, tranne quanto espressamente previsto all'Art. 4 punto I).
- Le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive.
- Le spese per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.
- I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quanto espressamente previsto all'Art. 4 punto A1) e A2.
- Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva e volontaria o che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

## **Art. 6 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento del 80° anno di età nel corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà comunque a essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del contratto. Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcool dipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di tali infermità senza che nulla sia dovuto dalla Società.

## **Art. 7 – Durata del contratto**

L'assicurazione ha durata 36 mesi e ha effetto dalle ore 24 del 31.12.2016 e scadrà alle ore 24 del 31.12.2019 e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

La Società si impegna a concedere, su richiesta del Contraente, una estensione temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale o dalla scadenza annuale, nel caso le Parti si avvalgano della facoltà prevista all'ultimo comma del presente articolo, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 30 giorni dalla scadenza; il relativo rateo di contributo verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 3 mesi prima della

scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35 del D.lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente/Azienda Associata si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto, che la Società si impegna ad accettare alle medesime condizioni contrattuali ed economiche. Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo o a seguito di recesso per sinistro previste nella presente polizza.

Il Contraente/Azienda Associata a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

#### **Art. 8 -Prestazioni sanitarie nell'imminenza della scadenza del contratto**

Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto dall'Art. 4 ai punti A 1), A2), B), C) e G) sono rimborsabili soltanto se il ricovero o il day-hospital a cui esse si riferiscono sia avvenuto entro la scadenza del contratto. Le spese di cui all'Art. 4 -Prestazioni punto D) , E) sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto. In nessun caso una spesa sostenuta oltre 90 giorni dalla scadenza del contratto sarà rimborsabile dalla Società.

#### **Art. 9 -Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art. 10 –Sinistri**

##### **10.1 Modalità di erogazione delle prestazioni assicurative Procedure, denuncia e obblighi dell'assicurato**

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

A) In caso di ricovero e utilizzo di Strutture e Medici convenzionati - con pagamento diretto delle prestazioni previste dal Contratto e prenotate presso la struttura/équipe con essa convenzionata. Rimane a carico dell'Assicurato la franchigia o lo scoperto previsti dal contratto, che saranno saldati direttamente dall'Assicurato alla Struttura.

B) In caso di ricovero e utilizzo di Strutture e Medici NON convenzionati - rimborso successivo delle spese sostenute dall'Assicurato. Rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.

C) In caso di ricovero e utilizzo di Struttura convenzionata ma équipe NON convenzionata con pagamento diretto della struttura convenzionata e mediante rimborso successivo delle spese sostenute dall'Assicurato per operatori non convenzionati. Rimane a carico dell'Assicurato la franchigia o lo scoperto previsti dal contratto, che saranno saldati direttamente dall'Assicurato alla Struttura per le spese relative alla struttura mentre relativamente alle altre spese sanitarie rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.

D) Indennità sostitutiva - con erogazione dell'indennità sostitutiva prevista dal contratto.

E) Rimborso terapie, accertamenti diagnostici extra ospedalieri di alta specializzazione, cure domiciliari e ambulatoriali - mediante rimborso successivo alla prestazione delle spese sostenute dall'Assicurato debitamente prescritte dal medico e regolarmente documentate, la documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o la presunta diagnosi. Rimane a carico dell'assicurato lo scoperto o la franchigia previsti dal contratto, che saranno detratti dalla liquidazione finale.

E' consentita la presa in carico diretta da parte della Società di Gestione per accertamenti di costo pari o superiore a 500 EURO.



## **10.2 - Obblighi dell' Assicurato**

La presentazione della denuncia implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti come apertura di un nuovo sinistro. Ogni denuncia deve essere riferita a un solo Assicurato e a un solo evento patologico.

L'Assicurato deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati;
- fornire ogni informazione ritenuta necessaria dalla Società;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

## **10.3 - Controversie**

In caso di divergenza sull' indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si procederà mediante arbitrato di un Collegio di tre Medici, di cui i primi due saranno designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o -in caso di disaccordo -dal presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

## **10.4 – Data del sinistro**

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

Per le prestazioni extra ricovero: la data della prima prestazione sanitaria erogata.

La Società effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro.

## **Art. 11 - Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

## **Art. 12 - Forma delle comunicazioni del Contraente/Azienda Associata e dell'Assicurato alla Società.**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Azienda Associata è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax, e-mail, telegramma, pec) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale l'Azienda Associata ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente/Azienda Associata.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

Le variazioni dei nominativi assicurati possono anche essere effettuate via email.

## **Art. 13 - Oneri fiscali**

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

## **Art. 14 - Malattie pregresse, croniche e recidivanti**

Sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

## **Art. 15 - Effetto dell'assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2016 per tutte le persone che risulteranno inserite nell'elenco di cui all'Allegato 1 alla presente polizza; per le persone che verranno successivamente incluse a seguito di nuova assunzione, la copertura decorrerà dalla data di tale evento.

Per i familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano comunque assicurabili in base all'art. 3 dietro la corresponsione di un contributo aggiuntivo, l'assicurazione avrà effetto:

- dalle ore 24.00 del 31.12.2016 per tutti i familiari che risulteranno inseriti nell'elenco di cui all'Allegato 1 alla presente polizza;
- dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione da parte della Contraente per i familiari di dipendenti neoassunti, purché tale comunicazione avvenga non oltre 30 giorni dalla data di assunzione;

#### **Art. 16 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

La Società si impegna a fornire al Contraente/Azienda Associata, con scadenza annuale, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) numero del sinistro della Società
- b) data di accadimento
- c) nominativo assicurato
- d) tipo di prestazione
- e) stato del sinistro ("aperto", "riservato", "liquidato", "chiuso senza seguito")
- f) importo liquidato e relativa data della liquidazione
- g) importo riservato

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente/Azienda Associata 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. 8, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita 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 dalla Contraente/Azienda Associata e/o dal Broker.

#### **Art. 17 - Criteri di Liquidazione**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 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).

#### **Art. 18 - Termini di aspettativa - Validi solo per i familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano comunque assicurabili in base all'art. 3 con la compilazione del questionario anamnestico.**

La garanzia decorre:

- dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni;
- dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della richiesta di copertura e salva diversa pattuizione;
- dal 300° giorno successivo a quello di assicurazione per il parto. Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

#### **Art. 19 - Contributo -Regolazione del contributo -Variazione delle persone assicurate**

Il contributo lordo annuo è stabilito come segue:

€..... per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico assicurato;

€..... per ciascuno dei familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano assicurabili sulla base dell'Art. 3 della Sezione 2, lettere A., B., C.. **Si precisa che il contributo annuo lordo per ciascun familiare assicurato sarà pari al 60% del contributo suindicato per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico assicurato, con il massimo di € 345,00=.(TALE PREMIO NON CONCORRE ALLA FORMAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA E CHE IL NUMERO STIMATO A LUGLIO 2016 è DI 80 UNITA')**

Il contributo di polizza è stabilito inizialmente sulla base dei nuclei familiari che risultano dal successivo Art. 28.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, il contributo o la prima rata di contributo deve essere pagato entro 60 giorni dalla data di consegna della polizza al Contraente in deroga dell'art. 1901 c.c. ; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se la Contraente non paga le rate di contributo successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quelle della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

L'assicurazione vale per le persone comunicate dalla Contraente secondo quanto indicato nell'Art. 2 - Assicurati, qualora esista il rapporto di lavoro dipendente con la Contraente.

Le inclusioni che si verificheranno nel corso di ciascun periodo assicurativo, dovranno essere comunicate dalla Contraente alla Società entro dieci giorni lavorativi successivi alla fine di ciascun mese di riferimento e avranno validità dal momento in cui per ogni Assicurato matura il diritto alla copertura:

- per il dipendente dalla data di assunzione o di promozione;
- per il coniuge e i figli dalla data valida ai fini civilistici;
- per il convivente more uxorio anche dello stesso sesso dalla data che verrà indicata.

Qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

Entro 150 giorni dal termine di ciascun annualità assicurativa, in base alle comunicazioni della Contraente, emetterà l'appendice di regolazione, computando:

- l'intero contributo annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari) e inseriti in polizza nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa
- il 60% dell'intero contributo annuo per i dipendenti neoassunti (compresi i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico) e inseriti in polizza nel corso del secondo semestre dell'annualità assicurativa.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Tale regola si applica parimenti anche ai familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano assicurabili in base all'art. 3. Lettere A., B., C.

La cessazione di singoli assicurati resteranno comunque in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza, dà luogo a corrispondente riduzione di contributo a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione della cessazione.

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

#### **Art. 20 – Foro Competente**

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il Contraente e le Società riguardante l'esecuzione della presente Polizza è competente il Foro di Roma, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione; Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e le Società in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

#### **Art. 21 – Buona fede**

La Società dichiara che la validità delle coperture assicurative non sarà in alcun modo pregiudicata da eventuali errori, omissioni o ritardi nella notifica od in erronee trasmissioni di dati da parte della Contraente, purché la stessa sia in grado di dimostrare con documentazione idonea l'errore di notifica o, in caso di ritardo od omissione nel pagamento del contributo, che l'Assicurato in questione abbia realmente versato l'importo relativo alla copertura assicurativa. Il calcolo del contributo sarà effettuato dall'effettivo inizio della copertura e fino al termine della relativa annualità.

#### **Art. 22 - Clausola Broker**

La Stazione Appaltante si impegna a comunicare alla Società, anche in corso di polizza, il nominativo del Broker cui è affidata la gestione ed esecuzione della presente polizza assicurativa ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i...

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni Generali di polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente, e così pure ogni comunicazione fatta dalla Compagnia al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia. Le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate con lettera raccomandata o telefax o con qualsiasi altro mezzo di comunicazione idoneo.

Il Contraente riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dal Broker la quale è altresì autorizzata ad effettuare l'incasso del premio.

Il pagamento del premio avverrà tramite il broker il cui compenso sarà a carico della Compagnia aggiudicataria, nella misura di cui al disciplinare di gara, da applicare su ogni rata di premio pagata.

#### **Art. 23 - Tracciabilità dei flussi finanziari e clausola risolutiva espressa**

a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.;  
b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede il Contraente.

c) Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

#### **Art. 24 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 25 – Coassicurazione e Delega (valida solo in caso di polizza in coassicurazione)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del contributo; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dal Broker la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al 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 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 dettaglio dei capitali assicurati, dei contributi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella del successivo art. 29 Riparto di Coassicurazione.

#### **Art. 26 - SERVIZI**

Oltre alle prestazioni sanitarie descritte, sono inclusi nella fornitura anche i servizi descritti di seguito.

##### **Art. 26.1 – Centrale Operativa**

Per il territorio italiano, dovrà essere attiva una Centrale Operativa che dovrà fornire un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture convenzionate con la Società; inoltre, tale Centrale potrà essere contattata dagli assistiti anche per ottenere una consulenza per la scelta della struttura convenzionata più idonea alla fruizione di specifiche prestazioni.

##### **Art. 26.2 – Informazioni sanitarie tramite internet**

La Società dovrà rendere disponibile ai soggetti assistiti un apposito sito internet in cui reperire varie informazioni, ad es.:

- l'elenco aggiornato dei centri convenzionati;
- la modulistica necessaria per l'attivazione, on-line, di richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- la guida operativa dei servizi forniti (es. modalità di attivazione assistenza diretta, modalità rimborso sinistri);
- monitoraggio dell'iter delle pratiche di richiesta inoltrate.

##### **Art. 26.3 – Gestione richieste rimborso sinistri per via elettronica**

La Società dovrà garantire la possibilità di gestire tramite apposito servizio web/ sito internet: le richieste di rimborso dei sinistri, come pure l'invio della documentazione a supporto richiesta, da parte degli Assicurati, che preveda l'autenticazione dell'utente. Il tutto conformemente alla normativa inerente alla protezione dei dati personali, sia in termini di "Informativa al trattamento dei dati" sia in termini di misure di sicurezza.

#### **Art. 27 - Clausola di raccordo**

La presente polizza si intende vincolata con le polizze stipulate dal Contraente con la medesima Società, facenti parti del medesimo lotto unico nella procedura di gara.

Pertanto, qualora per una delle polizze venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, la Contraente/Azienda Associata potrà richiedere la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche per gli altri contratti del medesimo lotto. In tali casi la Società, entro 15

giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di contributo netto relativa al periodo di rischio non corso di ciascuna polizza.

#### Art. 28 – Calcolo del contributo annuo lordo anticipato

<b>DIPENDENTI - ESCLUSI DIRIGENTI – E RELATIVO NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO (come identificato all'Art. 3. della Sezione 2, punti 1., 2. e 3.)</b>		
<b>Dipendenti - Numero Nuclei Familiari fiscalmente a carico assicurati</b>	<b>Contributo annuo lordo pronucleo €</b>	<b>Totale contributo annuo lordo €</b>
466	.....	.....

#### Scomposizione del contributo annuo lordo anticipato

<b>Contributo annuo imponibile Dipendenti e relativi nuclei familiari fiscalmente a carico €</b>	.....
<b>Imposte €</b>	.....
<b>TOTALE €</b>	.....

#### Art. 29 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate :

<b>Società</b>	<b>Agenzia</b>	<b>Percentuale di ritenzione</b>

#### Art. 30 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

**L'ASSICURATO**

**LA SOCIETÀ**