

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
RIMBORSO SPESE MEDICHE
a favore dei DIPENDENTI
Lotto 5**

La presente polizza è stipulata tra

Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) Associato FINCALBRA S.p.A.
Viale Europa, Località Germaneto
88100 Catanzaro
P.IVA 01759730797

e

Società Assicuratrice

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2020
Alle ore 24.00 del :	31.12.2022

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati:

Alle ore 24.00 del 31.12 di ogni anno
--

DEFINIZIONI

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente :	Contraente Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato;
Assicurato :	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
Associato :	FINCALABRA S.p.A.
Società :	L'impresa assicuratrice e le eventuali coassicuratrici.
Broker :	La Aon S.p.A. incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione dell'Assicurazione, riconosciuto dalla Società
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce indennizzo.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce indennizzo. Qualora siano operanti per la medesima garanzia sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia. L'applicazione delle franchigie e degli scoperti s'intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato ed indennizzabili a termini di polizza.
Massimale :	La disponibilità unica ovvero la somma massima rimborsabile per ciascun Assicurato nel corso del periodo assicurativo.
Infortunio :	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o una inabilità temporanea.
Malattia :	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione :	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Difetto fisico :	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Aborto :	Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente
Aborto spontaneo:	Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno
Aborto terapeutico:	Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto
Accertamento diagnostico :	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/a invasivo
Documentazione sanitaria :	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le rotule e ricevute dei farmaci)
Cure termali :	Trattamenti effettuati in Centri / Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque

	termali e loro derivati a fini terapeutici
Day Hospital :	La degenza in istituto di cura, documentata da cartella clinica, a regime esclusivamente diurno.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici. Anche le semplici iniezioni curative o per prelievi, anche se endovenose. Sono escluse le iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci
Intervento chirurgico ambulatoriale :	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Ricovero :	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Istituto di cura :	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera - esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno - ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
Istituto di cura convenzionato :	Ogni struttura sanitaria che fornisce le proprie prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti all'Assicurato, in quanto le relative fatture per le prestazioni erogate vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini della presente polizza, direttamente dalla Società.
Retta di degenza:	Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.
Centrale Sanitaria:	La struttura di supporto agli Assicurati per indirizzarli agli Istituti di Cura e ai medici convenzionati.
Convenzione diretta / Rete :	Il complesso delle strutture sanitarie – come sopra definite – direttamente convenzionate con la Società.

PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale FINCALABRA S.p.A. aderente al Gruppo d'acquisto dovrà stipulare apposito accordo. Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

Ambito di operatività del contratto

L'assicurazione è prestata a favore dei Dipendenti della FINCALABRA S.p.A., nonché per tutti quelli assunti in corso di validità del contratto stesso. In corso di contratto, FINCALABRA S.p.A. può, in qualunque momento, modificare l'elenco degli Assicurati, con conseguente rimborso da parte della Compagnia di Assicurazione del rateo di premio pagato e non goduto, fatte salve le imposte di legge.

Le esclusioni verranno gestite di volta in volta con la relativa restituzione del premio in sede di regolazione premio annua.

Al fine dell'identificazione degli Assicurati, faranno fede gli atti documentali del Contraente. Pertanto si precisa che al fine della copertura assicurativa e della identificazione di tutti i soggetti assicurati, faranno fede gli atti depositati presso gli Uffici del Contraente. Il Contraente stesso, anche in caso di variazioni in corso di polizza dei soggetti assicurati, non effettuerà alcuna comunicazione alla Società circa l'identità degli stessi. In caso di necessità tali atti saranno trasmessi dal Contraente alla Società su espressa richiesta di quest'ultima.

La garanzia è operante:

- per tutti indistintamente gli Assicurati, indipendentemente dalle loro condizioni di salute e/o da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto e/o alla data di ingresso in garanzia, che dovessero in seguito sopravvenire; pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e/o l'ingresso in garanzia purché non conosciute all'Assicurato;
- per gli infortuni verificatisi successivamente alla data di stipula del presente contratto e/o di ingresso in garanzia dell'Assicurato.

Si precisa che, sono comprese anche le spese mediche relative ad infortuni avvenuti prima della stipula del contratto e si intendono altresì comprese le spese mediche relative alle malattie pregresse recidivanti.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso. Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano tuttavia il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Il Contraente è esentato da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 C.C. il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 3 - Durata e proroga del Contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 31.12.2020 alle ore 24.00 del 31.12.2022 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il contratto potrà essere disdetta dalle Parti a mezzo lettera raccomandata A.R. inviata almeno 90 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.

E' facoltà del Contraente, entro la scadenza del contratto, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; in tal caso la Società si obbliga comunque a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 120 giorni previo pagamento di un premio conteggiato sulla base di 6/12esimi del premio annuale di polizza.

Art. 4 - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in frontespizio di capitolato ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

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, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, 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.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza, e tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Resta convenuto tra le Parti che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente che metterà a disposizione della Società detto atto a seguito di semplice richiesta da parte della Società stessa.

Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi a eventuali appendici e proroghe emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

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

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 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, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., 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 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a 120 giorni.

Nel caso in cui trascorso tale termine non sia ancora intervenuta l'aggiudicazione del nuovo contratto l'Assicuratore concede una proroga tecnica alle medesime condizioni economico - contrattuali in corso per il tempo strettamente necessario all'attivazione del nuovo contratto e comunque per un periodo non superiore a 120 giorni.

Anche il Contraente può recedere dall'assicurazione nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con le stesse modalità del primo comma del presente articolo, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa

al periodo di rischio non corso.

Art. 8 - Oneri Fiscali

Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge in conseguenza del contratto.

Art. 9 - Foro competente

Per la soluzione di ogni controversia dipendente dal presente contratto, le Parti eleggono come foro competente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato e/o Contraente.

Art. 10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano o altro mezzo (telefax, e-mail, pec o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 11 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni previste in polizza.

Art. 12 - Obbligo della Società di fornire i dati relativi all'andamento del rischio

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- garanzia colpita;
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;

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.

Art. 13– Coassicurazione e delega (Valida solo in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C.)

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

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 Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici. Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto

allegato alla presente Polizza.

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 14 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.A., qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pur ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato. Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento IVASS n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto art. 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi del Contraente al Broker.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società l'aliquota provvigionale del 5% (cinque per cento) sui premi imponibili della presente polizza. Si precisa che il corrispettivo per la gestione dei sinistri verrà definito sulla base degli accordi esistenti tra la Società ed il Broker.

La gestione dei sinistri verrà espletata dal Broker tramite il proprio service interno.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso della validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le relative condizioni di aggiudicazione per l'eventuale periodo assicurativo residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza annuale successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 15 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

- La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto;
- Qualora la Società non assolva 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;
- Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

Art. 17 – Oggetto dell'assicurazione

TUTTE LE GARANZIE PREVEDONO LA RETE

La copertura assicurativa rimborsa le spese sanitarie sostenute come segue e si precisa che tutti i massimali sono intesi per anno e per persona:

17.1 AREA RICOVERO

Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Intervento ambulatoriale

Massimale anno € 100.000,00

Spese per onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento);

Assistenza medica e infermieristica, cure, trattamento fisioterapici e rieducativi, medicinali esami e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;

Spese per le rette di degenza;

Spese per esami accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 90 gg precedenti e relativi al ricovero;

Esami e visite specialistiche, medicine prestazioni mediche e infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche), trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 gg successivi al ricovero;

Prelievo di organi o parte di essi. Ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici assistenza media, intervento chirurgico di espanto cure, medicinali e rette di degenza.

Parto cesareo e aborto terapeutico

Parto naturale

Onorari medici, diritti di sala operatoria e materiali utilizzati.

Assistenza medica e infermieristica, cure medicinali, esami e accertamenti diagnostici riguardanti il ricovero anche per il neonato.

Spese per le rette di degenza.

Incluso nel massimale di cui sopra.

Trasporto in Italia con ambulanza, in Treno o Aereo di Linea all'istituto di cura e viceversa, anche per un accompagnatore

Massimale € 520,00

Trasporto all'Esterio con ambulanza, in Treno o Aereo di Linea, anche per un accompagnatore

Massimale € 1.040,00

Si precisa che con riferimento al "Trasporto in Italia con ambulanza, in Treno o Aereo di Linea all'istituto di cura e viceversa, anche per un accompagnatore, massimale € 520,00 " e al "Trasporto all'Esterio con ambulanza, in Treno o Aereo di Linea, anche per un accompagnatore, massimale € 1.040,00", tali garanzie sono operanti in caso di ricovero di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro o di rientro alla propria abitazione, e il massimale sia da intendersi per ricovero.

Interventi per cura o eliminazione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione con deficit visivo superiore a 5 diottrie

Massimale € 1.500 per intervento

Diaria Sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale Tale diaria si applica anche in caso di Day hospital. Sono escluse le cure termali.

Indennizzo € 80 al giorno per massimo annuo di 150 giorni.

Per l'AREA RICOVERO non vi è l'applicazione di franchigie né di scoperti e pertanto le garanzie definite a codesto articolo, saranno rimborsate integralmente nei limiti dei massimali indicati.

17.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia, Chemioterapia e terapie radianti, Cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, telecuore, coronografia, laserterapia anche a scopo fisioterapico ed Antalgico ed i trattamenti fisioterapici in genere.

Rimborso delle spese sostenute.

Massimale annuo assicurato: € 5.200,00 senza scoperti e senza franchigie

17.3 ACCOMPAGNATORE

Vitto e pernottamento in Istituto di cura.

Indennizzo € 80 al giorno con il massimo di € 2.400,00 (€ 2.400,00 si intende il sotto massimale del ricovero).

Art. 18 – Limitazioni

18.1 ESTENSIONE TERRITORIALE L'assicurazione vale in tutto il mondo.

18.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza)
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

18.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

Art. 19—OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - Criteri e modalità di LIQUIDAZIONE

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

Tale comunicazione deve essere correlata da documentazione attestante la diagnosi della malattia e le prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni effettuate, dalla copia integrale della cartella clinica nei casi di ricovero, dalle ricevute, fatture, notule e parcelle, debitamente quietanzate, nonché dalla ulteriore documentazione specificata nel modulo stesso.

La Società effettua il rimborso entro 60 giorni dalla ricezione, della suddetta documentazione.

I rimborsi verranno eseguiti in Italia in Euro, ma relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Il rimborso avviene mediante accredito sul conto corrente bancario di pertinenza dell'Assicurato.

Tali rimborsi dovranno essere inoltrati ad Aon e la stessa pre-caricherà i sinistri tramite la procedura intermediari.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione suindicata.

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, ed abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui sopra.

Art. 20 - CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico arbitrale 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali 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 esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 21 —REGOLAZIONE DEL PREMIO

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio

annuo;

- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni, di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Le uscite o gli ingressi di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dal Contraente, per tramite del broker, alla Società.

Art. 22 – DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Calcolo del premio annuo lordo

N. Assicurati	127
Premio lordo annuo per ciascun assicurato	€ _____
Premio totale annuo lordo	€ _____

Scomposizione del premio alla firma e delle rate successive

Premio annuo imponibile	€ _____
Imposte	€ _____
TOTALE	€ _____ _____

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
